

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA MÉDICALISATION : CONCEPT, PHÉNOMÈNE ET PROCESSUS.  
ÉMERGENCE, DIFFUSION ET RECONFIGURATIONS DES USAGES DU TERME  
MÉDICALISATION DANS LA LITTÉRATURE SOCIOLOGIQUE.

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN SOCIOLOGIE

PAR  
MÉLISSA NADER

OCTOBRE 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier M. Marcelo Otero, mon directeur, qui a cru en mes capacités à produire un travail de cette envergure et qui a partagé avec moi son engouement pour les théories sociologiques et ses connaissances des enjeux relatifs à la santé.

Je voudrais aussi remercier le *Conseil de recherche en sciences humaines du Canada* (CRSH) et le groupe de recherche sur le *Médicament comme objet social* (MEOS) pour leur appui financier, sans quoi cette thèse n'aurait pu voir le jour.

Mes remerciements vont aussi aux étudiantes de sociologie, Carolyne, Laurie et Dahlia, avec qui j'ai partagé les hauts et les bas implicites à la rédaction d'une thèse. Je dois également mentionner l'excellent travail de révision linguistique réalisé par Dahlia qui a su peaufiner l'écriture de cette thèse.

Je tiens surtout à remercier chaleureusement mon conjoint, Michel, pour son support indéfectible. Il a su m'appuyer tout au long de cette aventure. Sa patience, son écoute et ses judicieux conseils m'ont été essentiels.

Enfin, Peter Sloterdijk (2000, p. 8) a déjà affirmé : « Cela fait partie des règles du jeu de la culture de l'écrit : les expéditeurs ne peuvent prévoir qui seront leurs véritables destinataires ». J'espère que vous serez nombreux et que cette thèse saura répondre à certaines de vos questions.

## TABLE DES MATIÈRES

|  |      |
|--|------|
| LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES .....   | vii  |
| RÉSUMÉ .....   | viii |
| INTRODUCTION.....  | 1    |
| CHAPITRE I   |      |
| RECONFIGURATION SOCIALE, POLITIQUE ET ÉCONOMIQUE DES SOCIÉTÉS<br>OCCIDENTALES D'APRÈS-GUERRE .....                                       | 8    |
| 1.1 Le contexte sociohistorique des sociétés occidentales d'après-guerre.....  | 9    |
| 1.1.1 Mise en place d'un État-providence : d'une conception résiduelle à une conception<br>institutionnelle de la sécurité sociale ..... | 9    |
| 1.1.2 La prospérité économique des « Trente glorieuses ».....  | 13   |
| 1.1.3 La marche vers le progrès d'une population grandissante .....  | 16   |
| 1.2 Ruptures et contestations sociales.....  | 19   |
| 1.2.1 (Dés)engagement de l'État .....  | 19   |
| 1.2.2 Société du savoir, société différenciée.....   | 21   |
| CHAPITRE II  |      |
| LA SOCIÉTÉ OCCIDENTALE CONTEMPORAINE : VERS UNE SOCIÉTÉ DE LA SANTÉ .....  | 25   |
| 2.1 Vers une conception moderne de la santé et de la maladie .....   | 25   |
| 2.2 L'émergence de la conception contemporaine de la santé et de la maladie : quelques repères ....                                      | 32   |
| 2.2.1 Transition épidémiologique : des grandes épidémies aux maladies chroniques .....   | 33   |
| 2.2.2 La santé : de l'absence de maladie à un état complet de bien-être .....  | 35   |
| 2.2.3 Prise en charge étatique de la santé des populations .....   | 37   |
| 2.2.4 Trois exemples de modèles de gestion des systèmes de santé.....  | 40   |
| 2.2.5 Les innovations pharmaceutiques et leur impact sur les systèmes de santé .....   | 46   |
| 2.2.6 La fin de l'âge d'or de la profession médicale.....  | 48   |
| 2.2.7 Émergence des mouvements contestataires en santé : pour une plus grande autonomie<br>des patients .....                            | 50   |
| 2.3 La naissance de la sociologie médicale .....   | 53   |



## CHAPITRE III

## EXERCICE DE CLARIFICATION SÉMANTIQUE ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE .....56

- 3.1 La médicalisation : phénomène, processus social et concept sociologique .....56
- 3.2 Analyse du champ sémantique et des cadres sociologiques mobilisés par le terme médicalisation dans la littérature sociologique .....59
- 3.3 La démarche méthodologique : réflexion épistémologique et analyse de contenu .....63
  - 3.3.1 Les modalités de sélection du corpus .....66
  - 3.3.2 Les modalités d'analyse du corpus .....74

## CHAPITRE IV

## LES MÉCANISMES DE LA MÉDICALISATION. DE L'EXPANSION DU DOMAINE ET DU CHAMP D'INTERVENTION MÉDICAL À LA PATHOLOGISATION DU SOCIAL .....85

- 4.1 L'expansion du domaine médical et l'iatrogenèse clinique .....88
- 4.2 L'extension du champ de compétence de la médecine .....91
- 4.3 Utopie de la santé parfaite et pathologisation du social .....98

## CHAPITRE V

## MULTIPLICATION DES ACTEURS ET TRANSFORMATIONS CONTEXTUELLES.....119

- 5.1 Motivations et intérêts de divers groupes d'acteurs au service de la médicalisation .....119
  - 5.1.1 Les médecins : agents de contrôle social ou agents facilitateurs ? .....119
  - 5.1.2 Du patient passif au partenaire et consommateur de soins .....129
  - 5.1.3 Le rôle des institutions étatiques et des assureurs privés .....135
  - 5.1.4 L'influence grandissante de l'industrie pharmaceutique .....137
  - 5.1.5 Médecines alternatives et médicalisation du social .....139
  - 5.1.6 L'impérialisme sociologique .....140
- 5.2 La transformation du contexte social, économique et scientifique et ses répercussions sur l'orientation de la médicalisation.....142
  - 5.2.1 La démocratisation du savoir médical .....143
  - 5.2.2 La multiplication des solutions thérapeutiques comme moteur de la médicalisation .....145
  - 5.2.3 La médicalisation comme débouché économique .....148

## CHAPITRE VI

## TRANSFORMATION DU CHAMP SÉMANTIQUE DE LA MÉDICALISATION DANS LA LITTÉRATURE SOCIOLOGIQUE .....155

- 6.1 La médicalisation et son pendant contemporain, la biomédicalisation .....155
- 6.2 Légende noire ou rose ? La transformation du champ sémantique du terme médicalisation dans la littérature à caractère sociologique .....162
  - 6.2.1 D'une position critique de la médicalisation... .....165
  - 6.2.2 ... à une vision plus nuancée de la médicalisation .....168

|  |     |
|--|-----|
| CHAPITRE VII   |     |
| LES RACINES INTELLECTUELLES DE LA MÉDICALISATION .....   | 179 |
| 7.1 La perspective structuro-fonctionnaliste ou la maladie comme conduite sociale .....  | 184 |
| 7.2 Prédominance des structures sociales et des mécanismes de domination dans l'analyse de la médicalisation .....                 | 189 |
| 7.2.1 L'influence constructiviste. La (re)définition subjective des frontières du normal et du pathologique .....                  | 190 |
| 7.2.2 L'influence marxiste. L'expropriation du sujet et la marchandisation de la santé et de la maladie .....                      | 194 |
| 7.2.3 L'influence de Foucault. La normalisation au service de la disciplinarisation des corps .....                                | 199 |
| 7.3 Prédominance de l'action, des interactions et des stratégies dans l'analyse de la médicalisation .....                         | 205 |
| 7.3.1 L'influence interactionniste. Interprétation, négociation et subjectivité .....  | 206 |
| 7.3.2 L'influence de l'individualisme méthodologique. Rationalité et action stratégique .....                                      | 211 |
| 7.3.3 L'influence de Giddens et Beck. Réflexivité, risques et incertitude .....  | 214 |
| 7.4 Conclusion .....   | 220 |
| CHAPITRE VIII  |     |
| DE L'ÉMERGENCE DU TERME MÉDICALISATION À LA DIVERSIFICATION DE SON CHAMP SÉMANTIQUE .....  | 224 |
| 8.1 Un nouveau terme fait son apparition dans le vocabulaire sociologique .....  | 225 |
| 8.2 Élargissement du champ sémantique mobilisé par le terme médicalisation et multiplication des écrits .....                      | 231 |
| 8.3 La reconfiguration du terme médicalisation .....   | 236 |
| 8.3.1 La métaphore sociologique du « jeu de la médicalisation » .....  | 237 |
| 8.3.2 Un appel pour une troisième voie .....   | 239 |
| CHAPITRE IX  |     |
| LA RECONFIGURATION DE LA MÉDICALISATION. ENTRE INDÉTERMINATION ET CONTRAINTE .....   | 243 |
| 9.1 La consistance du social et la malléabilité résistante de l'intermonde .....   | 244 |
| 9.1.1 Les textures, lentilles de la vie sociale .....  | 250 |
| 9.1.2 Les limites imposées par la vie sociale .....  | 252 |
| 9.1.3 L'action au sein de l'intermonde .....   | 255 |
| 9.1.4 La réflexivité : pour mieux comprendre les tenants et aboutissants de l'action individuelle .....                            | 258 |
| 9.1.5 L'analyse sociologique pour rendre compte de la complexité de la vie sociale .....   | 262 |
| 9.2 La reconfiguration de la médicalisation ou comment se débarrasser du double fétichisme naturaliste et technoscientifique ..... | 266 |

|                     |     |
|---------------------|-----|
| CONCLUSION .....    | 277 |
| RÉFÉRENCES.....     | 286 |
| BIBLIOGRAPHIE ..... | 295 |

## LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

### Tableaux

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 1.1 | Dépenses engagées pour les programmes de sécurité sociale exprimées en pourcentage du produit national brut en 1966 ..... | 12  |
| 3.1 | Nombre de références générées selon les principales bases de données consultées, décembre 2009 .....                      | 68  |
| 3.2 | Nombre de références consultées selon leur année de publication.....  | 71  |
| 3.3 | Nombre de références consultées selon le type de publication .....  | 71  |
| 3.4 | Nombre d'auteurs différents consultés selon leur nombre de publications .....   | 72  |
| 3.5 | Nombre de références consultées selon la langue de publication.....   | 73  |
| 3.6 | Aperçu des thématiques mobilisées par le champ sémantique du terme médicalisation .....                                   | 78  |
| 6.1 | De la médicalisation à la biomédicalisation (« <i>The Shift from Medicalization to Biomedicalization</i> »).....          | 160 |
| 6.2 | Récurrence des thématiques associées au terme médicalisation dans la littérature sociologique .....                       | 172 |

### Graphique

|     |                                       |    |
|-----|---------------------------------------|----|
| 3.1 | Provenance des auteurs consultés..... | 73 |
|-----|---------------------------------------|----|

## RÉSUMÉ

Les sociétés occidentales ont subi de profondes transformations depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, et le champ de la santé n'y fait pas exception alors que ces sociétés doivent désormais répondre à des problématiques, aspirations et exigences auxquelles elles n'avaient jusqu'alors jamais été confrontées (Ewald, 1986; Guest, 1993, Bairoch, 1997; Omran, 2005; Judt, 2007). Ce contexte d'après-guerre a fortement contribué à l'émergence du terme *médicalisation* dans la littérature sociologique à la fin des années 1960.

Deux objectifs ont guidé notre démarche de recherche : clarifier, d'une part, les multiples significations mobilisées par le terme médicalisation et les transformations qu'elles ont subies, et saisir, d'autre part les différents cadres sociologiques qui investissent le champ sémantique de ce terme depuis son émergence dans le vocabulaire sociologique il y a maintenant quarante ans. Pour ce faire, nous avons analysé 96 ouvrages à caractère sociologique (livres, articles, éditoriaux, etc.) dont le propos était consacré en totalité ou en majeure partie à la compréhension des significations associées au terme médicalisation. Les ouvrages retenus ont tous été publiés entre 1968 et 2009 et devaient avoir été rédigés en français ou en anglais.

L'exploration du champ sémantique du terme médicalisation nous a permis de constater, dans un premier temps, sa grande complexité et polysémie alors que le terme médicalisation fait à la fois ou alternativement référence à un processus et à un phénomène social tout autant qu'à un concept sociologique. Aussi, nous avons remarqué la prédominance d'une perspective critique largement véhiculée par plusieurs sociologues, notamment de la première génération, alors que plusieurs d'entre eux ont dépeint la médicalisation comme le résultat d'une colonisation constante de la profession médicale sur l'ensemble de la population vers laquelle elle oriente ses interventions (Zola, 1972; Illich, 1975; Conrad et Schneider, 1980; Gori et Del Volgo, 2004; Sanni Yaya, 2009). Inspirés par des approches constructiviste, marxiste et foucauldienne, nombreux sont les auteurs qui ont interprété la médicalisation à la lumière des processus sociaux et normatifs, et des mécanismes de contrôle social. Mettant l'accent sur le caractère contraignant, voire totalitaire, de la médecine, ces approches ont dénoncé la reconfiguration pathologique des réalités individuelles et collectives qui s'opérationnalise à travers notamment la création de maladies, l'expansion du champ de compétence de la médecine, la pathologisation généralisée de la vie et l'utopisation de la santé (Fox, 1977; Colucci, 2006; Szarsz, 2007).

Si de nombreux sociologues défendent encore aujourd'hui une position fortement critique de la médicalisation, notre analyse nous a permis de constater la diversification des approches proposées. Des changements contextuels majeurs, tels que la démocratisation des informations relatives à la santé, les innovations biotechnologiques et le développement d'un complexe pharmaco-industriel, ont contribué à repositionner les forces mobilisées dans la médicalisation du social (Conrad, 2007). Par ailleurs, on assiste à l'apparition d'une nouvelle figure sur l'échiquier de la médicalisation, soit celle du patient. Partenaires dans les décisions thérapeutiques qui les concernent et consommateurs de produits et de services de santé, les patients exercent une grande influence sur ce qui peut ou doit être médicalisé, d'autant plus qu'ils sont mieux informés que jamais sur les plus récentes découvertes scientifiques, les diagnostics possibles et les traitements disponibles (Panese et Barras, 2009). Sans nier la présence d'imposants dispositifs de pouvoir, de structures et de normes sociales, nous avons pu constater que plusieurs auteurs ont envisagé la médicalisation entre autres à travers l'étude de l'action,

des interactions sociales et des stratégies, faisant par le fait même appel à des référents théoriques inspirés de l'approche interactionniste, de l'individualisme méthodologique et des propositions de Giddens et Beck notamment (Riessman, 1983; Nye, 2003; Ballard et Elston, 2005; Furedi, 2006).

À l'issu de cet exercice de clarification du champ sémantique et de repérage des racines intellectuelles du terme médicalisation, nous avons dégagé trois phases de développement de ce terme, c'est-à-dire des phases d'émergence, de croissance et de reconfiguration. Par ailleurs, cette dernière phase nous a amenés, à l'instar de plusieurs auteurs, à souhaiter penser autrement le terme médicalisation (Fassin, 1998; Panese et Barras, 2009). Les travaux de Danilo Martuccelli (2005) sur les consistances du social et le caractère ontologiquement élastique de la vie sociale nous semble avoir la souplesse nécessaire pour jeter un éclairage contemporain sur les significations, mécanismes et enjeux de la médicalisation, entrevue à la fois comme un processus, un phénomène social et un concept sociologique. La mise en perspective de la complexité notamment des mécanismes de la médicalisation et de la diversité des acteurs impliqués devrait être mise à profit pour empêcher la cristallisation de cette expression et son utilisation doublement idéologique (apologique et apologétique), et révéler les dynamiques d'assujettissement et de subjectivation auxquelles elle contribue nécessairement.

Mots clés : médicalisation, santé, pathologisation, utopisation de la santé, action, structures sociales



## INTRODUCTION

Les sociétés occidentales ont subi de profondes transformations depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Ces transformations ont affecté l'ensemble des sphères – économique, politique, culturelle, etc. – de la vie sociale (Beauchemin, Bourque et Duchastel, 1991; Guest, 1993). La santé n'y fait pas exception. L'État-providence, chargé de remettre en marche une économie mondiale affectée par la guerre, fut, dès son avènement, confronté à un obstacle majeur à la reconstruction et au progrès de ces sociétés en effervescence : la maladie. Si déjà avant la guerre de nouvelles pratiques de santé avaient été introduites, il va sans dire que la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle marque un tournant historique majeur dans l'évolution de ce secteur. Devant répondre à des problématiques, aspirations et exigences auxquelles elles n'avaient jamais été confrontées, on assiste en effet à une reconfiguration majeure des sociétés occidentales alors qu'elles tendent à devenir de véritables sociétés de la santé (Guest, 1993).

La transformation de l'état de santé des populations contribue largement à influencer ce nouveau portrait des sociétés occidentales d'après-guerre. Bien que des inégalités de santé et de bien-être persistent, il n'en demeure pas moins que, dans son ensemble, l'état de santé des populations a été l'objet d'importantes mutations se traduisant notamment par une augmentation significative de l'espérance de vie et une diminution drastique de la mortalité infantile. Mais si globalement les hommes et les femmes vivent plus vieux, les soixante dernières années ont aussi été témoins de l'émergence ou de l'accroissement de maladies jusqu'alors inconnues ou intraitables. La croissance économique insufflée par l'État-providence a contribué à ce que les populations des sociétés occidentales puissent jouir de nouvelles conditions et habitudes de vie, et ces dernières ont eu un impact considérable sur la nature et la prévalence des maladies diagnostiquées. Une véritable transformation des modèles pathologiques s'opère alors que les épidémies du passé laissent place à celles du présent, davantage fondées sur la présence de maladies chroniques (Omran, 2005). Cancers, diabète et maladies cardiovasculaires sont monnaie courante et les populations doivent désormais apprendre à composer avec le spectre incessant de la maladie.

L'offre de soins, de services et de produits de santé est également caractérisée depuis plus d'un demi-siècle par une diversification sans précédent. Cette modification des pratiques médicales et thérapeutiques a très certainement été propulsée par la croissance fulgurante des innovations biotechnologiques que connaissent depuis maintenant soixante ans les sociétés occidentales. Mais si

l'État-providence a permis la mise en place de conditions favorables au développement de nouveaux produits de santé, il a aussi, d'abord et avant tout, favorisé l'institutionnalisation de la santé par notamment l'implantation de services de santé, majoritairement publics. Bien qu'articulée différemment dans les pays occidentaux, la création de programmes et mesures de protection sociale (dont l'assurance maladie) témoigne de cette nouvelle prise en charge étatique de la santé des populations. À la responsabilité individuelle s'adjoint désormais une responsabilité collective d'autant plus forte que l'on assiste également au fur et à mesure à la diversification et la complexification des mandats des organisations étatiques oeuvrant dans le secteur de la santé (Ewald, 1986). Non seulement sont-elles chargées de la guérison des malades, mais elles se doivent également de renforcer leurs fonctions de protection, promotion, prévention et de surveillance. Si déjà avant la guerre le volet curatif de la pratique médicale avait été jumelé à ces autres responsabilités, il va sans dire qu'à partir de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, elles prennent une ampleur jusqu'alors inégalée dans l'histoire des sociétés occidentales. Par ailleurs, des investissements importants sont nécessaires chaque année pour permettre à ces organisations d'assurer l'ensemble de leurs fonctions, contribuant à alourdir le fardeau fiscal des États que même les périodes de ralentissement économique n'ont jamais su véritablement freiner.

La période d'après-guerre est ainsi marquée par la diversification des services, des soins et des produits de santé, offerts dans l'espoir non seulement de traiter les personnes malades, mais aussi de répondre aux nouvelles exigences adressées par la population des pays occidentaux en matière de confort, de gestion du risque et de prévention des maladies. Si au Québec, par exemple, environ 60 % de la population se dit en excellente ou très bonne santé (MSSS, 2010), ce n'est pas moins l'ensemble de la population qui consomme régulièrement une grande diversité de produits de santé (médicaments sous ordonnance ou en vente libre, livres de vulgarisation scientifique, etc.) ou qui consulte pour recevoir des soins ou ne serait-ce que des conseils et recommandations. La population est de plus en plus avide d'information sur tout ce qui touche de près ou de loin la santé et il est devenu un véritable réflexe de se préoccuper de son état de santé. Or, qu'est-ce véritablement la santé ?

Dans la période d'après-guerre, on assiste à une complexification sans précédent de la notion même de santé. Irréductible à une définition purement organique, la santé fait l'objet d'une relecture majeure pour recouvrir désormais les différents aspects de la vie d'un individu et d'une collectivité. La santé, dans sa conception contemporaine, n'est donc pas que physique puisqu'elle englobe aussi le bien-être mental et social d'un individu (OMS, 1946). Par ailleurs, tout ce qui touche de près ou de loin la santé des populations ou qui risque d'en influencer l'état peut aujourd'hui en appeler à une intervention,



qu'elle soit de nature thérapeutique, politique, etc. À titre d'exemple, la plus récente *Loi sur la santé publique* adoptée par le gouvernement du Québec prévoit que le ministre de la Santé et des services sociaux de la province peut réagir auprès de ses collègues sur des problématiques ou des questions qui pourraient avoir une incidence sur l'état de santé de la population. Bien que la loi précise que le ministre ne dispose pas d'un droit de veto, elle confirme néanmoins l'importance accordée à la prise en compte des effets que toute décision législative et réglementaire peut avoir sur la santé (MSSS, 2002). Bref, la santé, qu'il faut protéger des aléas inhérents à la vie sociale, s'inscrit désormais dans une conception étendue et se voit érigée en valeur suprême, comme une fin en soi qui demande des interventions de la plus grande qualité et promptitude.

Les sciences sociales et tout particulièrement la sociologie ne sont pas demeurées insensibles aux bouleversements qu'ont connus les sociétés occidentales au cours des dernières décennies, notamment en ce qui a trait au domaine de la santé. Les diverses spécialisations s'intéressant aux nombreuses questions relatives à la santé connaissent un véritable essor dans la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle et l'ensemble des sciences sociales profite aujourd'hui de l'expertise développée par les chercheurs des différentes disciplines (sociologie de la santé, anthropologie de la santé, économie de la santé, etc.). La sociologie entre autres s'est bâtie au fil des ans un impressionnant corpus dédié à l'analyse de ces objets qui lui étaient jusqu'alors obscurs. Elle y explore les multiples facettes des nouvelles pratiques de santé et s'interroge surtout sur leurs implications à l'échelle sociale, alors que, pendant longtemps, ces pratiques et innovations biotechnologiques étaient circonscrites au domaine réservé des sciences médicales. La sociologie a ainsi su diversifier ses champs d'intérêt et porter un regard différent sur tous ces changements qui ont affecté le domaine de la santé au cours des dernières décennies (Gerhardt, 1989). Cette ouverture sociologique s'est bien sûr manifestée par la multiplication des études et écrits ayant, par exemple, pour objet les nouvelles maladies, pratiques ou problématiques de santé ou encore, l'expérience de la maladie telle que vécue par différents groupes populationnels. Mais outre ces nouveaux objets de recherche et questionnements, la richesse de ces analyses sociologiques s'illustre aussi par l'introduction d'un vocabulaire inédit qui témoigne de la diversification des champs d'intérêt et des préoccupations des sociologues pour la santé.

Le terme médicalisation a été introduit dans la littérature à caractère sociologique à la fin des années 1960 et il ne cesse depuis de susciter un grand intérêt. Aujourd'hui, l'usage du terme fait florès, à un point tel, diront certains, qu'il est devenu un véritable fourre-tout conceptuel. À la fois processus, phénomène social et concept sociologique, le terme médicalisation mobilise un champ sémantique diversifié qui témoigne, non sans ambiguïté, de sa grande polysémie, d'autant plus que cette pluralité

de sens rend également compte de la fertilité des propositions théoriques qui composent le terme médicalisation. C'est pourquoi il nous faut préciser dès maintenant que, à moins d'avis contraire, notre utilisation du terme médicalisation réfèrera à la fois au phénomène, processus et concept qui en constituent le champ sémantique, et ce dans le but d'alléger la lecture de cette thèse.

Ainsi, quarante ans après son introduction dans la littérature sociologique, il nous est apparu essentiel de faire une mise au point en mettant à jour la transformation du champ sémantique de ce terme parce que la popularité d'une expression sociologique ne semble pouvoir en garantir une compréhension commune. Nos recherches précédentes, sur la suppression hormonale des menstruations, nous avaient permis de faire ce constat alors qu'autant les auteurs consultés que les personnes que nous avions interrogées renvoyaient à une définition variable de la médicalisation dans l'analyse des enjeux liés à l'arrêt planifié des menstruations (Nader, 2007). Ce premier contact avec l'univers hétéroclite de la médicalisation nous a amenés à vouloir explorer plus en profondeur le champ sémantique mobilisé par ce terme.

Deux objectifs ont guidé notre démarche de recherche : clarifier, d'une part, les multiples significations mobilisées par le terme médicalisation et les transformations qu'elles ont subies, et saisir, d'autre part, les différents cadres sociologiques qui investissent le champ sémantique de ce terme depuis son émergence dans le vocabulaire sociologique il y a maintenant quarante ans.

Pour ce faire, nous avons sélectionné et analysé 96 ouvrages à caractère sociologique dont le propos était consacré en totalité ou en majeure partie à la compréhension des significations associées au terme médicalisation, entrevu à la fois ou alternativement comme un processus et phénomène social et un concept sociologique. La littérature regorge de publications qui emploient le terme médicalisation, si bien que les usages de ce dernier sont nombreux et diversifiés. Pour notre part, nous avons cherché à intégrer à notre corpus différents documents où les auteurs procédaient à une réflexion de nature sociologique dans le but d'exposer les différentes dimensions de la médicalisation, ses enjeux et ses mécanismes sociaux. Ce critère de sélection nous a permis de restreindre notre corpus en évitant les travaux de recherche orientés vers l'analyse des enjeux de la médicalisation en regard d'une problématique ou d'une clientèle spécifique, ce qui constitue la majorité de la littérature sur la médicalisation. Ainsi, nous ne cherchions pas à recenser les domaines d'application et les usages empiriques du terme médicalisation, mais plutôt à mettre en lumière ses différentes significations et la transformation de son champ sémantique car, comme tout concept sociologique, son déploiement sous-tend nécessairement une variation de sens et une mutation de ses référents théoriques. Aussi, il nous

faut préciser que cet exercice de clarification n'a pas pour objectif l'exactitude sémantique, mais surtout la reconnaissance, l'éclaircissement et l'analyse des multiples nuances, contradictions et similitudes que revêt le terme médicalisation.

Ce travail nous a ainsi permis non seulement de faire émerger les multiples significations associées à l'usage du terme médicalisation telles qu'elles ont été véhiculées depuis l'introduction de ce terme dans la littérature sociologique, mais aussi de rendre compte de leur évolution et des diverses mutations qui se sont opérées au cours de cette période historique empreinte d'une grande richesse tant sur le plan des réflexions sociologiques que des bouleversements sociaux, politiques et économiques. Cette thèse permet, d'une part, de mettre en lumière les divers mécanismes opérants au cours du processus de médicalisation et, d'autre part, d'aller à la rencontre des divers acteurs impliqués dans l'orientation de la trajectoire de la médicalisation et de la transformation pathologique de différents événements de la vie, conditions et préoccupations individuelles. Par ailleurs, elle témoigne de l'influence des différents paradigmes sociologiques utilisés, de façon plus ou moins explicite, dans l'interprétation du terme médicalisation par les différentes générations de sociologues qui se sont intéressés à comprendre ses significations. Dans cette perspective, nous avons cerné trois phases de développement du terme médicalisation, c'est-à-dire les phases d'émergence, de croissance et de reconfiguration, qui permettent tour à tour de témoigner du cheminement de ce terme dans la littérature sociologique. Cette dernière phase nous a ensuite amenés, à l'instar de plusieurs auteurs de notre corpus, à proposer quelques pistes pour penser autrement le terme médicalisation. C'est ainsi que, dans l'ensemble, ce débroussaillage sémantique et théorique permet de mieux comprendre ce que signifie le terme médicalisation et de mettre au jour ses différentes racines intellectuelles. Ce terme est empreint, depuis son introduction dans le vocabulaire sociologique, d'une grande richesse sémantique et théorique dont il nous faut mesurer l'ampleur et surtout refuser toute conception unilatérale.

### *Présentation des chapitres*

Les deux premiers chapitres de cette thèse présentent brièvement le contexte sociohistorique qui a favorisé l'introduction du terme médicalisation dans la littérature sociologique à la fin des années 1960 et sa transformation au cours des quatre décennies subséquentes. Ce retour historique précise sommairement les bouleversements sociaux, économiques et politiques qui ont cours dans les sociétés occidentales depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, et qui ont joué un rôle crucial dans l'émergence de ce nouveau terme sociologique, sa croissance et sa reconfiguration. Après un rapide tour d'horizon de la période des « Trente glorieuses » et des années de ruptures qui ont suivi le déclin de l'État-providence, ces premiers chapitres de la thèse se consacrent plus spécifiquement à décrire les

nombreuses transformations qui ont affecté le secteur de la santé au cours de cette même période historique et qui ont par le fait même donné naissance à une conception contemporaine de la vie, la santé et la maladie, en plus de permettre l'émergence du champ de la sociologie médicale. Ces repères historiques sont essentiels pour situer les diverses interprétations du terme médicalisation et leurs fondements théoriques.

Brièvement esquissé dans cette introduction, notre troisième chapitre présente plus en détail notre objet de recherche, c'est-à-dire l'analyse du champ sémantique du terme médicalisation et de ses fondements sociologiques. Aussi, nous y présentons nos hypothèses, notre démarche de recherche, et les choix méthodologiques retenus, en plus des limites et contraintes auxquelles nous avons été confrontés lors de la constitution de notre corpus.

Les quatrième, cinquième et sixième chapitres rendent compte des résultats de l'analyse de notre corpus. Nous y présentons les différentes significations associées au terme médicalisation depuis l'introduction de cette expression dans la littérature sociologique au début des années 1960. Le chapitre IV, plus précisément, décrit les divers mécanismes et dimensions de la médicalisation. Pour sa part, le chapitre V présente tour à tour les différents acteurs impliqués dans l'orientation de la médicalisation et l'évolution de leur rôle au cours des dernières décennies, en plus d'identifier quelques transformations contextuelles majeures qui ont su inévitablement modifier la trajectoire de la médicalisation. Finalement, le chapitre VI dresse un bilan du champ sémantique mobilisé par le terme médicalisation et permet d'amorcer une réflexion analytique sur les différentes phases de développement de ce terme depuis son introduction dans le vocabulaire sociologique, et notamment sur sa nécessaire reconfiguration dans le contexte occidental contemporain.

Le septième chapitre analyse le champ sémantique du terme médicalisation à la lumière de ses différentes racines intellectuelles. L'analyse du corpus permet de faire émerger plusieurs paradigmes sociologiques sous-jacents aux différentes interprétations du terme médicalisation. Si globalement ces différents paradigmes ont amené plusieurs auteurs à mettre en lumière les mécanismes sociaux et les normes sociales, d'autres ont choisi de mettre l'accent sur l'action, les interactions sociales et les stratégies que recouvre la médicalisation. Nous verrons comment ces conceptions sociologiques ont su ressurgir, parfois discrètement et parfois de façon explicite, à travers les différentes dimensions du champ sémantique du terme médicalisation.

Finalement, ces analyses nous ont conduit, dans les huitième et neuvième chapitres à mettre en exergue trois phases de développement du terme médicalisation, c'est-à-dire les phases d'émergence, de croissance et de reconfiguration. La polysémie du terme médicalisation – qui fait référence à la fois à un phénomène, un processus et un concept – se conjugue à sa grande complexité et ambiguïté. Alors que plusieurs auteurs appellent désormais à une reconfiguration de ce terme, cette thèse est l'occasion de présenter quelques nouvelles pistes de réflexion susceptible d'y contribuer. Cet éclairage contemporain du terme médicalisation saura, espérons-le, ouvrir de nouveaux horizons alors que la médicalisation continuera très certainement dans l'avenir à teinter un grand nombre de recherches à caractère sociologique.



## CHAPITRE I

### RECONFIGURATION SOCIALE, POLITIQUE ET ÉCONOMIQUE DES SOCIÉTÉS OCCIDENTALES D'APRÈS-GUERRE

Qu'est-ce que faire de la sociologie ? Selon Passeron (1991), le raisonnement sociologique peut être envisagé comme un mouvement de « va-et-vient » entre deux pôles : la contextualisation historique et le raisonnement expérimental. Les repères historiques tout autant que la mise à l'épreuve des données empiriques et théoriques sont en effet des éléments constitutifs de la recherche sociologique, étant essentiels à la compréhension des phénomènes sociaux. Aussi, les faits sociaux n'existent pas en soi, mais s'insèrent dans un ensemble de dynamiques sociales et de circonstances qui contribuent à leur formation et leur retraduction constante. Le raisonnement sociologique a donc inlassablement besoin d'être ancré dans une contextualisation historique afin d'assurer une interprétation et une compréhension des phénomènes sociaux les plus juste qui soient. Pour Robert Franck, le travail de repérage des événements historiques qui ont conduit à la naissance et à la mutation de ce que l'on cherche à comprendre, c'est-à-dire l'objet de recherche sociologique, est incontournable pour l'explication des phénomènes sociaux, car « ce qui dure (civilisation, lieux communs, etc.) dessine les contours de ce qui est possible et de ce qui est nécessaire, et permet – à ce titre et en ce sens – de comprendre ce qui arrive » (Franck, 2001, p. 327). L'exercice de recherche sociologique peut donc difficilement faire l'économie d'un travail de contextualisation historique permettant de mettre en lumière les différentes conditions (sociales, culturelles, juridiques, économiques, technologiques, démographiques, géographiques, etc.) à l'origine de l'émergence du phénomène étudié, sans oublier qu'un « même objet peut (et probablement doit) s'inscrire simultanément dans plusieurs contextes » (Revel, 2001, p. 61).

C'est dans cette perspective que nous avons cherché, en tout premier lieu, à expliciter les conditions d'émergence, de façonnement et de mutation du terme médicalisation dans la littérature sociologique. À l'instar d'une lentille qui permet de recentrer le focus, ce premier chapitre met ainsi en lumière des temps de rupture et de continuité dans un amalgame d'histoire à la fois événementielle, conjoncturelle et structurelle alors que ces temps ne sont jamais absolus, mais plutôt en proie à une tension et reconfiguration constante (Braudel, 1985).

Si l'émergence et l'évolution du terme médicalisation reposent de prime abord sur les transformations du domaine médical et des conceptions de la santé et de la maladie, ces dernières s'insèrent à leur tour dans des dynamiques sociales plus complexes et étendues. À ce titre, la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle a été témoin de changements drastiques qui ont façonné la trajectoire des pays occidentaux et contribué à ce qu'une expression comme celle de *médicalisation* puisse émerger dans la littérature sociologique. Les bouleversements politiques, sociaux et économiques qui se sont succédés dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle sont bien sûr nombreux et mériteraient une lecture approfondie. Toutefois, sans chercher à faire une analyse exhaustive de ces mutations, nous avons choisi d'aborder dans la prochaine section certaines grandes tendances sous-jacentes à l'émergence et à la transformation des mécanismes, dimensions et enjeux liés à la médicalisation du social, et les positions des sociologues à leur égard.

## 1.1 Le contexte sociohistorique des sociétés occidentales d'après-guerre

### 1.1.1 Mise en place d'un État-providence : d'une conception résiduelle à une conception institutionnelle de la sécurité sociale

La Seconde Guerre mondiale a bouleversé en profondeur les structures sociales, politiques, économiques et idéologiques de l'ensemble des pays occidentaux, représentant un véritable tournant dans leur histoire, et permettant ainsi, comme nous le verrons ultérieurement, la constitution de véritables sociétés orientées vers la santé. Toutefois, avant cet événement historique majeur, s'était déjà cristallisé un modèle d'État libéral associé à une conception résiduelle de l'État (Guest, 1993). Malgré l'entrée en vigueur de certaines lois et déclarations des droits, la période préalable qui s'étend entre le XIX<sup>e</sup> siècle et le premier tiers du XX<sup>e</sup> siècle a été principalement marquée par l'extension limitée des appareils étatiques, rendant plutôt improbable toute notion de « droit à l'assistance ». Dans les sociétés occidentales, la sécurité sociale, selon cette conception résiduelle, était davantage considérée comme un recours de dernière instance dont les mécanismes de secours étaient gérés par des institutions privées ou religieuses davantage que par l'État. Avoir recours à ces mécanismes d'entraide et de charité était souvent vécu par plusieurs comme une expérience humiliante et traumatisante, voire même comme une perte de citoyenneté, représentant une preuve d'échec et d'incompétence personnels. Organisés autour d'une assistance minimale et temporaire, ces services sociaux étaient aussi pour la plupart discriminatoires alors que le demandeur devait faire la preuve que cette assistance représentait son ultime recours, n'ayant aucune autre possibilité devant lui (Guest, 1993).

[...] le libéralisme est fondé sur la séparation stricte entre le droit qui sanctionne des rapports d'égalité formelle dans le contrat, et la morale qui règle les rapports d'inégalité par la charité et la bienfaisance. Nourrie par l'idée de la responsabilité naturelle des individus, cette morale impose aux riches le devoir du partage, en même temps qu'elle tient ultimement les pauvres responsables de leur situation. Il s'agira donc d'inciter le riche à aider le pauvre en le moralisant, c'est-à-dire en le disciplinant au travail et à la prévoyance. [...] Le démuné est ainsi tenu responsable de sa situation puisqu'elle serait, en dernière analyse, liée au non-travail (manque d'ardeur) et à la non-épargne (imprévoyance) (Beauchemin, Bourque et Duchastel, 1991, p. 8).

Malgré l'amorce d'une transformation des politiques, services et mécanismes d'assistance publique au cours des décennies précédentes, c'est principalement à partir de la Seconde Guerre mondiale que l'on assiste à une véritable reformulation des idéologies étatiques avec la mise en place d'un État-providence (Beauchemin, Bourque et Duchastel, 1991). L'État-providence « est le nom générique donné à ces efforts pour maintenir ou reconstituer la société dans son unité relative contre les multiples possibilités d'éclatement que porte sa modernisation, pour compenser les désavantages les plus criants, réparer les dysfonctionnements les plus évidents, garantir un minimum de sécurité à tous » (Castel, 1988, p. 68). Cette tendance à l'amélioration des droits et des mécanismes de sécurité sociale dans l'ensemble des pays occidentaux ne s'est pas concrétisée au même moment, ni de la même manière dans les différents pays, rendant par le fait même leur trajectoire parfois bien différente (Bock, 2002)<sup>1</sup>. Malgré cette mise en garde historique, il ne fait aucun doute que la Seconde Guerre mondiale représente une époque charnière dans le développement des sociétés, dont les conséquences se font encore sentir aujourd'hui.

Les conséquences socioéconomiques de la guerre, ajoutées à la dépression qui la précéda, firent voler en éclat toutes les barrières qui, jusque-là, avaient pu entraver l'essor des programmes sociaux. La guerre avait mobilisé les travailleurs [...] à tous les niveaux et fait naître en eux des idées et des attentes bien précises quant à la période de paix qui allait s'ensuivre. Les contraintes de la guerre et les espoirs d'une paix future bouleversèrent en profondeur les bases de la planification : les politiques sociales se mirent à refléter ces réalités nouvelles, introduisant des orientations et des concepts radicalement différents de ceux qui avaient prévalu avant la guerre (Guest, 1993, p. 8).

L'un des moments clés dans la mise en place de cet État-providence fut sans contredit la publication du *Plan Beveridge*. Nommé par Churchill en 1940 à la tête d'un comité interministériel chargé de proposer des améliorations à l'ensemble des dispositifs de protection sociale, William Beveridge s'inspira des théories keynésiennes pour repenser la conception de l'assistance sociale en Grande-

<sup>1</sup> Les États-Unis ne peuvent être à proprement dit caractérisés d'État-providence. Toutefois, ils subiront des changements socioéconomiques d'importance, au même titre que les autres pays occidentaux, ce qui nous amène à les inclure dans ce portrait général de la période d'après-guerre.



Bretagne dans le cadre du plan de la reconstruction de l'après-guerre. Il publia en 1942 le *Plan de sécurité sociale (Social Insurance and Allied Services)*, qui fit sensation de part et d'autre de l'Atlantique.

Le père de l'État-providence (Brunelle, 2003) identifia dans son rapport les cinq grands enjeux – les « cinq géants » – qui, à son avis, faisaient obstacle aux processus de reconstruction et de progrès : la Misère, la Maladie, l'Ignorance, la Malpropreté et l'Oisiveté. Aussi, il proposa de nombreuses recommandations et interventions, toutes sous-tendues par les principes directeurs suivants : 1) un principe de totalité qui amène à penser la sécurité sociale au-delà des intérêts de certains groupes de populations; 2) un principe organisationnel qui replace l'assurance sociale dans une politique globale associée au progrès social; 3) un principe de collaboration qui unit l'État et les individus dans la mise en place des politiques de sécurité sociale; 4) un principe d'universalité affirmant que tout individu a droit à une protection sociale, quel que soit son statut socioprofessionnel; 5) un principe d'uniformité pour que l'aide sociale dispensée soit offerte sans aucun jugement discriminatoire; 6) et finalement, un principe d'unicité selon lequel le système d'entraide doit être administré par un seul organisme public centralisateur (Batifoulrier et Touzé, 2000; Brunelle, 2003).

Seul l'État, jugeait-il, avait la capacité de rétablir les grands équilibres fondamentaux pour assurer la survie du système capitaliste (Guest, 1993). Selon cette vision, la protection sociale « associe l'identité sociale de chaque individu à son statut de consommateur. Il est alors du devoir de l'État de protéger l'individu pour lui permettre de continuer à consommer » (Batifoulrier et Touzé, 2000, p. 39). La réorganisation du système de sécurité sociale se devait donc de passer, selon Beveridge, par une redistribution du revenu et le maintien de la force de travail des individus, ou à défaut d'y parvenir, la compensation des revenus suite à une absence de travail. C'est ainsi que, parmi l'ensemble des mesures proposées par Beveridge, on note : 1) l'instauration d'un système d'assurance sociale visant à pallier les répercussions négatives suite à la perte de salaire engendrée par la maladie, l'invalidité, le chômage, ou encore la vieillesse; 2) un service de santé et de rééducation national permettant de prévenir et de soigner les maladies et de réintégrer les blessés de guerre et les accidentés sur le marché du travail; 3) la distribution d'allocations familiales à tous les parents permettant de contrer l'incapacité du système salarial à prendre en compte la taille des familles; et 4) des mesures de soutien à l'emploi visant à éliminer le chômage de masse. Toutes ces mesures visaient principalement à empêcher les « cinq géants » d'entraver la marche du progrès (Guest, 1993).

Le *Rapport sur la sécurité sociale au Canada* publié en 1943 par Leonard Marsh s'inspire largement des propositions avancées par Beveridge, prônant d'abord et avant tout une responsabilité collective dans la gestion des risques inhérents aux sociétés industrialisées. Partant du principe que la vulnérabilité au risque dépasse largement les forces individuelles des citoyens et leur capacité de pallier aux graves conséquences d'une maladie, d'une période de chômage prolongée, ou encore d'un accident par exemple, Marsh croyait fermement à la responsabilité de l'État canadien de garantir à tous ses citoyens un revenu minimal. La dépression des années 1930 avait d'ailleurs clairement démontré que le chômage ne pouvait être associé uniquement à un échec personnel, résultant plutôt d'un amalgame de forces économiques, sociales et politiques face auxquelles le travailleur, seul, demeure impuissant. C'est dans cet ordre d'idée que, en plus de recommandations similaires aux mesures envisagées par Beveridge, le rapport Marsh proposait : 1) l'adoption de mesures de santé publique; 2) la distribution de prestations visant à compenser les pertes de revenus chez les individus souffrant d'invalidité permanente ou chronique; et 3) l'instauration d'un système d'assurance maladie public et universel. Mal accueilli par les politiciens canadiens, le rapport Marsh ne se rendit jamais jusqu'au Parlement, même si, suivant la tendance occidentale, le Canada en vint à s'engager dans la voie de la sécurité sociale, comme le démontre la figure suivante (Guest, 1993) :

**Tableau 1.1**  
Dépenses engagées pour les programmes de sécurité sociale  
exprimées en pourcentage du produit national brut en 1966

|                      |      |
|----------------------|------|
| Autriche             | 18,5 |
| Allemagne de l'Ouest | 17,4 |
| Pays-Bas             | 16,7 |
| Danemark             | 13,2 |
| Royaume-Uni          | 12,6 |
| Nouvelle-Zélande     | 11,8 |
| Irlande              | 10,2 |
| Canada               | 9,6  |
| Australie            | 8,2  |
| États-Unis           | 7,2  |

Source : Andrew Armitage. 1975. *Social Welfare in Canada*.  
Toronto : McClelland and Stewart, p. 6 dans Guest, 1993, p. 239.

Peu de temps avant le déclenchement de la Seconde Guerre mondiale, les dépenses liées à la sécurité sociale dans les pays occidentaux représentaient 3,4 % du total des dépenses publiques. Elles ne tardèrent pas à augmenter pour représenter 20 % des dépenses publiques en 1947, soit dans les premières années d'après-guerre, et 30 % au début des années 1970 (André et Delorme, 1983 dans

Valat, 2001). Cet essor fulgurant des dépenses de sécurité sociale a largement contribué à transformer les dynamiques et trajectoires sociales dans les pays occidentaux au lendemain de la guerre. Or, malgré l'importance des innovations sociales entreprises à cette époque et les conséquences qu'elles auront notamment sur la santé des populations, il faut se garder d'y voir un point de rupture historique :

Il apparaît nettement que la chronologie du « décollage » doit être décalée vers l'amont. La montée en charge des dépenses constitutives aux réformes de 1945-1946 apparaît davantage, de ce point de vue, comme un prolongement, une confirmation qu'un stade irréversible a été franchi, qu'une véritable rupture. Par la suite, la hausse continue des dépenses s'inscrit dans le contexte de forte croissance économique des « Trente glorieuses » qui transforme le pays [la France] en quelques années (Valat, 2001, p. 494).

Sans être ainsi une rupture, il n'en demeure pas moins que cette conception institutionnelle de la sécurité sociale sous-tendait une transformation profonde des valeurs et des pratiques, et constituait un tournant majeur dans l'histoire des politiques de sécurité sociale dans les pays industrialisés (Guest, 1993). « Cet évanouissement de la morale au profit du droit dans la problématique politique est certainement l'un des événements les plus importants de l'histoire contemporaine », a d'ailleurs écrit François Ewald (1975, p. 375). Les élus et les citoyens étaient désormais convaincus que le système traditionnel de sécurité sociale fondé sur les lois du marché et la charité devait faire place à un système capable de limiter les effets préjudiciables de la pauvreté, notamment sur la santé des populations et des collectivités. L'État-providence repose donc sur l'idée qu'il faille conjuguer la démocratie politique, la liberté économique et la sécurité sociale. Malgré quelques opposants et des trajectoires différentes selon les États-nations, un consensus s'impose : l'État ferait toujours mieux qu'un marché indiscipliné (Merrien, 2007), non seulement « pour rendre la justice et assurer la sécurité, ou distribuer des biens et services, mais aussi pour concevoir et mettre en œuvre la stratégie de cohésion sociale, de soutien moral et de vitalité culturelle. [...] L'État était donc une bonne chose, et il était partout » (Judt, 2007, p. 432). Avec l'émergence de mesures et d'allocations s'appuyant sur le principe de redistribution (assurance chômage, assurance maladie, etc.), naît ainsi pour la première fois la perspective d'un système global de sécurité sociale fondé sur une solidarité nationale plutôt qu'un ensemble disparate de politiques négociées selon la conjoncture historique.

### 1.1.2 La prospérité économique des « Trente glorieuses »

L'avènement de l'État-providence, supporté par cette nouvelle vision du rôle de l'État dans la gestion des affaires publiques et privées, n'aurait pu exister sans les grands bouleversements socioéconomiques dont il est à la fois la cause et la conséquence. Si les trois décennies suivant la fin de

la Seconde Guerre mondiale ont été surnommées les « Trente glorieuses », c'est bien grâce au rythme de croissance économique sans précédent qui s'est installé à cette époque dans les pays occidentaux. Cette effervescence économique s'est avérée être une condition essentielle à l'implantation d'un État-providence et à l'investissement massif dans les services et politiques d'assistance publique, notamment dans le secteur de la santé, ce qui favorisa, comme nous le verrons au chapitre suivant, l'émergence d'une véritable société de la santé (Spicker, 2000). Les pays industrialisés entrent à cette époque de plain-pied dans l'« âge de l'abondance », dont l'objectif premier est l'augmentation de la productivité par la modernisation des infrastructures et des équipements (Judt, 2007).

D'autre part, cet essor économique n'aurait pu avoir lieu sans la transformation du marché du travail. En effet, au sortir de la guerre, les pays occidentaux « avaient plus que de l'espoir et un gilet de sécurité sociale à offrir à leurs citoyens : il y avait abondance de travail » (Judt, 2007, p. 397), voire même pénuries chroniques de main-d'œuvre. Aussi, la Seconde Guerre mondiale avait encouragé les femmes à investir massivement le marché du travail afin qu'elles participent activement à l'effort de guerre. Toutefois, la fin du conflit concorda avec l'émergence de la « mystique féminine », caractérisée par la glorification de la femme au foyer et des valeurs morales traditionnelles, alors que les entreprises cherchaient à réintégrer sur le marché de l'emploi les soldats démobilisés rentrant graduellement au pays. Des millions de femmes quitteront le marché du travail dans les premiers mois suivants la fin de la guerre – particulièrement celles occupant un emploi traditionnellement masculin et bien rémunéré – même si des sondages de l'époque indiquent qu'une majorité de ces femmes auraient souhaité conserver leur emploi (Bosio-Valici et Zancarini-Fournel, 2001). Cette image de la femme au foyer constitue néanmoins une réalité statistique beaucoup moins répandue que les discours populaires et politiques le laissaient entendre et ne cessera de décroître à partir des années 1950. Pour plusieurs de ces femmes, « les temps sont à l'optimisme. On sort d'une guerre pour se lancer dans la bataille économique qui devrait servir la cause des femmes. [...] C'est le début des demandes en main-d'œuvre. Les femmes s'engouffrent dans ces pays de cocagne; on dit même désormais qu'elles participent à la richesse des nations » (Lagrange, 2002, p. 597).

Ces travailleuses occuperont majoritairement des emplois dans les industries d'équipements – agroalimentaire et électroménager, notamment – et dans le secteur des services liés à la consommation des ménages, dont les commerces alimentaires, la confection vestimentaire et les services de restauration. Les secteurs traditionnels d'emploi à majorité masculine connaissent un déclin progressif au profit du secteur des biens et services – le secteur tertiaire à majorité féminine – alors que la modernisation des équipements et des procédures de production favorise désormais des



postes nécessitant davantage des capacités relationnelles et intellectuelles qu'une force physique développée (Bosio-Valici et Zancarini-Fournel, 2001). En 1960, 44 % des emplois recensés dans les pays occidentaux œuvraient dans le secteur tertiaire, comparativement à 27 % en 1910 (Bairoch, 1997).

L'extension des systèmes de protection sociale a aussi grandement contribué à modifier la nature même des tâches traditionnellement réservées aux femmes alors que suite à un processus d'externalisation et de collectivisation, l'État devient l'un des principaux employeurs pour les femmes. Elles sont désormais rémunérées pour leur prise en charge de tâches liées à la reproduction sociale – dont les soins apportés aux malades –, lorsque ces dernières sont réalisées à l'extérieur du domaine familial. La prise en charge des personnes âgées s'est également radicalement transformée suite à la diminution de la cohabitation intergénérationnelle, à la généralisation des pensions de retraite, à l'amélioration générale de l'état de santé des populations, et à l'implantation d'un réseau d'établissements publics et privés chargé de dispenser des soins aux aînés. En libérant un précieux temps de travail pour les femmes, cette prise en charge étatique de tâches qui, autrefois, leur étaient incombées, créa par le fait même de nombreuses occasions d'emploi pour ces nouvelles travailleuses, célibataires, mais aussi mariées et mères de famille (Bosio-Valici et Zancarini-Fournel, 2001; Lefaucheur, 2002).

Reposant en grande partie sur l'entrée massive des femmes sur le marché du travail et la diminution généralisée des taux de chômage, le pouvoir d'achat des familles connaît, dans la période d'après-guerre, une expansion considérable qui aura pour effet de modifier radicalement leurs conditions d'existence et ultimement leur état de santé et capacité à se soigner ou se faire soigner. Bien que la croissance économique n'ait pas été uniforme dans tous les pays occidentaux et que l'amélioration des conditions de vie des populations ait été une tendance amorcée avant la guerre, il n'en demeure pas moins que le double salaire, dans un contexte de plein-emploi, a fortement contribué à la transformation des conditions économiques et sociales des pays industrialisés (Bairoch, 1997).

L'augmentation des revenus des familles, amplifiée par l'accroissement de l'aide consentie par l'État, leur permet de pallier plus aisément à la perte temporaire de revenu suite à une incapacité ou un événement tragique, par exemple. Mais surtout, elle suscite l'accroissement des dépenses de consommation, ce qui se remarque entre autres dans l'augmentation de la superficie des logements et l'amélioration des installations de première nécessité, la mécanisation de nombreux travaux domestiques par la modernisation des appareils ménagers, ou encore dans l'expansion considérable de

l'industrie automobile et des loisirs. Ce ne sont là que quelques exemples pour illustrer cette nouvelle société de consommation orientée par la « recherche de confort ou de bien-être, tout à la fois figure de l'État moderne et moteur du développement de la production et de la consommation de masse » (Lefaucheur, 2002, p. 567). Jusque-là restée étrangère à la majorité de la population, cette consommation de masse s'inscrit dans la création de nouveaux besoins que des objets et services viennent combler, devenant symbole de réussite sociale et d'accomplissement personnel (Bosio-Valici et Zancarini-Fournel, 2001; Judt, 2007). Aussi, c'est toute une génération de jeunes travailleurs qui, poussée par cette croissance économique sans précédent, s'exode massivement des villes vers leurs vastes banlieues, amplifiant le mouvement d'urbanisation amorcé depuis la révolution industrielle. L'augmentation appréciable du niveau de vie des familles, l'agrandissement des axes routiers et des infrastructures urbaines et l'accessibilité à des produits de consommation tels que l'automobile – considérée avant la guerre comme un produit de luxe – ont convaincu de plus en plus de familles d'opter pour un mode de vie urbain.

#### 1.1.3 La marche vers le progrès d'une population grandissante

Cette ère de prospérité économique est aussi sans aucun doute associée à de nombreux bouleversements sociodémographiques qui ont touché les pays occidentaux dans la période d'après-guerre, condition essentielle pour assurer le plein développement économique. En fait, « le déclencheur du miracle économique [...], et du bouleversement social et culturel qui suivit, fut la croissance rapide et durable de la population » (Judt, 2007, p. 395), alors que les pays industrialisés sont marqués, au sortir de la guerre, par une vitalité démographique et une hausse des taux de natalité inédite dans l'histoire. Aux États-Unis par exemple, les enfants de moins de 5 ans représentaient 8 % de la population en 1940, alors que cette proportion avait grimpé à 11,3 % vingt ans plus tard (Bairoch, 1997). Mais ce *baby-boom* n'est pas qu'un simple rattrapage démographique visant à combler les pertes humaines engendrées par la guerre. Il se conjugue plutôt à de profondes transformations sociales et économiques, telles que la diminution drastique des taux de mortalité – dont la mortalité infantile – engendrée par le perfectionnement des soins médicaux, et surtout l'amélioration des conditions et habitudes de vie des populations, comme nous le verrons plus en détail au chapitre suivant (Judt, 2007).

Cette hausse de la natalité, conjuguée avec d'autres facteurs tels que la diminution de la mortalité infantile contribue à un accroissement de la population sans précédent. [...] Enfin, pour Beveridge, le recours à une politique nataliste était un complément indispensable à l'augmentation prévue des coûts de la mise à la retraite [...]. En ce sens, la reconstitution du lien familial représentait le chaînon manquant dans la mise en place d'une politique socioéconomique *vertueuse*, puisqu'il s'agissait d'intégrer à l'économie une politique nataliste qui refusait de dire son nom, politique dont le succès allait être confirmé par le *baby-boom* d'après-guerre (Brunelle, 2003, p.58).

Le recours à une politique nataliste dans les pays occidentaux avait aussi bien des finalités économiques que nationales puisque ces pays craignaient de devoir faire face à l'explosion démographique des pays du Sud (Brunelle, 2003). En effet, les pays occidentaux sont témoins, à cette époque, d'importants mouvements migratoires et de la hausse des demandes d'immigration engendrés par des tensions géopolitiques importantes et l'insatiable requête du marché de l'emploi pour une main-d'œuvre toujours grandissante (Judt, 2007). À titre d'exemple, la France a connu une croissance démographique de l'ordre de 30 % entre le recensement de 1946 et la fin des années 1960 – ce qui représente le taux de croissance le plus rapide que ce pays n'ait jamais enregistré – redevable en partie à la hausse des taux de natalité, mais aussi, et surtout, à l'arrivée massive de travailleurs immigrants (Judt, 2007).

Le prolongement de la scolarité et la démocratisation de l'accès aux études supérieures sont d'autres changements majeurs caractéristiques de la période d'après-guerre. Beveridge lui-même avait d'ailleurs identifié l'instauration d'une politique d'éducation comme mesure essentielle au développement social et économique des pays occidentaux, permettant d'y assurer le plein-emploi et la qualification de la relève (Brunelle, 2003). L'éducation supérieure, auparavant réservée aux classes sociales favorisées et aux membres des communautés religieuses, devient après la guerre plus facilement accessible, surtout après que les gouvernements aient relevé l'âge de la scolarité obligatoire et investi davantage de ressources financières dans les collèges et universités. À ce titre, on note au Canada une augmentation importante des jeunes âgés entre 18 et 24 ans ayant accès à l'éducation postsecondaire. S'ils étaient seulement 6 % en 1951 à fréquenter les collèges et universités, cette proportion a grimpé à 20 % au début des années 1970 (Armstrong, 1997). La croissance démographique et la démocratisation de l'éducation dans les pays occidentaux ont ainsi incité les gouvernements de l'après-guerre à investir massivement dans ce secteur. De nouveaux établissements d'enseignements supérieurs, des bibliothèques et des laboratoires par exemple ont notamment été créés pour répondre aux besoins des milliers de nouveaux étudiants venus gagner les rangs des universités et autres établissements d'enseignement postsecondaires.

Le prolongement de la scolarité, qui s'accélère dans la période de l'après-guerre, accentue également la laïcisation des sociétés occidentales. Bien que suivant une trajectoire qui leur est propre, il n'en demeure pas moins que, dans la plupart des pays occidentaux industrialisés, la période d'après-guerre est, de façon générale, associée à l'adoption ou à la confirmation de principes laïcs comme fondements de l'ordre politique et moral. Les États accélèrent ou confirment alors leur rôle dans la prise en charge et la gestion des institutions sociales, telles que les services d'éducation, de santé et de sécurité sociale, dont l'administration reposait autrefois, en tout ou en partie, entre les mains des communautés religieuses. La religion, dans les sociétés d'après-guerre, est dorénavant davantage réservée à la sphère privée, voyant ainsi diminuer – de façon même plutôt drastique dans plusieurs pays ou régions – le nombre de ses fidèles (Dobbelaere, 2002).

Finalement, l'un des principaux moteurs symboliques du renouveau social de l'après-guerre a certainement été l'idéologie de la « marche du progrès » (Guest, 1993, p. 162), voulant que « l'avenir n'est pas *ce qui vient vers nous*, mais *ce vers quoi nous allons* » (Guyau, 1878, p. 33 dans Taguieff 2004, p. 75). Ce culte de l'avenir et la foi qu'il inspire dans le progrès sont deux des principaux piliers sur lesquels repose la modernité : « croire au Progrès, c'est imaginer le devenir comme orienté vers un but. C'est aussi postuler que toute progression est porteuse d'amélioration » (Taguieff, 2001, p. 6). Le perfectionnement de l'humanité – entrevue comme une entité fondamentalement universelle – est sans limites et en son nom s'engage dès lors une course effrénée aux découvertes scientifiques chargées de corriger la vie humaine de ses défauts et incapacités. Les bouleversements sociaux, politiques et économiques du milieu du XX<sup>e</sup> siècle puisent leur force dans ce principe de rationalité qui, marqué par l'ascension rapide des nouvelles technologies, se manifeste par une confiance pratiquement sans bornes en la science, devenue la principale source d'autorité et de légitimation sociale, ce qui aura certes une influence décisive sur le développement du champ médical et l'émergence d'une société de la santé (Matalon, 1996).

Bref, il va sans dire que la société d'après-guerre occupe une place particulière dans l'histoire des pays occidentaux marqués par un bouillonnement sans précédent de transformations politiques, sociales et économiques. Les « Trente glorieuses », cette période qui s'étend de la fin de la Seconde Guerre mondiale jusqu'au début des années 1970, portent certainement bien leur nom alors que la croissance économique offre aux citoyens de ces pays des opportunités nouvelles qui changeront drastiquement leurs conditions, habitudes et modes de vie et influenceront définitivement celles des générations suivantes. Un sentiment d'effervescence, d'espoir et de nouveauté suscitera chez les citoyens des pays



occidentaux de nouvelles attentes et exigences qu'ils n'hésiteront pas à exprimer à leur gouvernement respectif. La population était bien décidée « à se cramponner à ce style de vie nouvellement acquis » (Guest, 1993, p. 201).

## 1.2 Ruptures et contestations sociales

### 1.2.1 (Dés)engagement de l'État

La période des « Trente glorieuses » a brusquement été interrompue au début des années 1970 par l'émergence d'un nouvel ordre économique, social et politique dans les sociétés occidentales. La conjoncture économique notamment a depuis été marquée par l'alternance de phases d'expansion et de dépression, due à une croissance plus modérée de la production que ce qui avait eu cours dans les années suivant la fin de la Seconde Guerre mondiale (Bairoch, 1997; Gauthier, 2009). L'une des principales manifestations de ce ralentissement économique a sans contredit été le développement d'un chômage structurel qui tarde à diminuer même en période de croissance.

La crise de l'énergie et les chocs pétroliers ne sont pas seuls responsables de ce ralentissement et des périodes de récession qui ont durement frappé les sociétés occidentales dès le début de la décennie 1970. En effet, cette conjoncture particulière est également due à l'usure du modèle économique qui avait fait le succès des sociétés d'après-guerre, soit la politique de stimulation de la demande par notamment l'augmentation des transferts et des investissements publics. Malgré la diversification des produits mis en marché afin d'encourager la croissance de la consommation des ménages et ainsi d'éviter l'atteinte d'un seuil de saturation, il n'en demeure pas moins que, globalement, on assiste à cette époque à un déséquilibre dans la répartition des richesses, les profits des entreprises augmentant plus rapidement que les revenus des ménages et des États. C'est ainsi que la fin du XX<sup>e</sup> siècle et plus particulièrement les années 1970 et 1980 ont été marquées par l'instauration de politiques néolibérales hostiles aux principes keynésiens mis en place conjointement avec l'État-providence. Influencés par Margaret Thatcher au Royaume-Uni et Ronald Reagan aux États-Unis, les pays occidentaux s'investissent alors massivement sur la voie du désengagement de l'État, ce qui se concrétisa notamment par l'adoption de politiques d'austérité, la diminution des transferts sociaux et des investissements étatiques et la privatisation d'entreprises. Toutes ces mesures visaient entre autres à restaurer le sens des responsabilités des populations et des entreprises, condition essentielle à la reprise économique (Gauthier, 2009).

On assiste donc à une profonde remise en question des mesures de protection sociale, ce que plusieurs ont appelé la « crise de l'État-providence ». Selon Bairoch, l'argument principal des opposants à l'État-providence est celui-ci : « le système de protection sociale est allé trop loin et, de ce fait, non seulement ce système mobilise trop de ressources financières, ce qui conduit à des déficits croissants, mais de surcroît il favorise une inactivité volontaire de certains des bénéficiaires » (1997, p. 509). Ainsi, l'assurance individuelle tend à vouloir remplacer l'assurance collective si chère à l'État-providence, engendrant inévitablement dès le début des années 1970 un important déséquilibre dans la redistribution des richesses et l'aggravation constante des inégalités sur le plan social. La classe moyenne, autrefois favorable au renforcement des politiques d'assistance publique, est de moins en moins encline à faire les sacrifices nécessaires pour soutenir les populations défavorisées, d'autant plus qu'on assiste à une inflation importante des prix à la consommation.

Aussi, les dernières décennies du XX<sup>e</sup> siècle et l'idéologie néolibérale qui les caractérise s'accompagnent d'un mouvement de mondialisation sans précédent, et ce tant sur les plans de la globalisation des marchés que de l'unification des cultures, valeurs sociales et modes de vie à l'échelle planétaire. Dans ce nouveau contexte, les États nationaux voient leur rôle drastiquement modifié et leurs possibilités d'intervention et de régulation limitées au profit des entreprises privées. C'est dans cette optique que l'on assiste à la création de nombreux espaces économiques, dont l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) et l'Union européenne, ayant pour but de favoriser la libre circulation des marchandises et des individus. Nombreux sont les travailleurs qui traversent les frontières alors que s'instaure un mouvement de flexibilisation temporelle et géographique du travail (Bairoch, 1997; Rogel, 2003; Gauthier, 2009). Les mouvements de fusions-acquisitions des entreprises, déjà entamés dans la période d'après-guerre, s'accroissent également, permettant la création d'entreprises multinationales chefs de file dans leur domaine respectif, notamment dans le secteur pharmaceutique.

Mais ce nouveau contexte économique a aussi montré les limites des solutions néolibérales. En effet, si les discours et pratiques étatiques semblent clairement indiquer la voie du désengagement de l'État, ces derniers continuent de « jouer un rôle important dans tous les grands pays développés en matière de régulation conjoncturelle, de lutte contre l'inflation et le chômage, de financement des activités économiques et de contrôle des entreprises privées » (Gauthier, 2009, p. 191). Loin de disparaître, le secteur public demeure fortement impliqué dans la gestion des affaires sociales, alourdissant le poids des dépenses publiques et des déficits budgétaires. Tout comme les entreprises et les ménages, les gouvernements ont contribué à l'augmentation de l'endettement des pays occidentaux, créant ainsi un

monde dépendant du crédit. À titre d'exemple, les dettes intérieures cumulées des États, des entreprises privées et des ménages représentent environ de 175 % à 305 % du PIB des pays développés, ce qui contribue à accentuer la pression sur ces agents pour une amélioration des performances (Rogel, 2003; Gauthier, 2009). Bref, la période qui s'amorce au début des années 1970 entraîne avec elle un ensemble de changements sur les plans politique et économique qui modifieront les conditions d'existence des populations.

### 1.2.2 Société du savoir, société différenciée

Parmi les grands bouleversements ayant influencé la trajectoire des sociétés occidentales jusqu'à aujourd'hui, on ne pourrait également passer sous silence l'émergence, notamment à partir des années 1960, de nouveaux mouvements sociaux. En effet, si les changements politiques et économiques sont importants à cette époque, il en va tout autant des transformations sociales qui s'actualisent dans une mobilisation contestataire d'un genre nouveau. Dans un contexte où « les frontières entre les catégories sociales sont plus floues et plus poreuses qu'auparavant » (Rogel, 2003, p. 19), les mouvements sociaux qui naissent à la fin des années soixante s'inscrivent en rupture avec les précédentes formes de mouvements, dont le syndicalisme et le mouvement ouvrier.

Ces mobilisations contestent notamment les figures de contrôle social et d'autorité, en mettant de l'avant des valeurs et des revendications qui ont pour principes centraux l'autonomie, la qualité de vie et la diversité des identités collectives et individuelles. Ainsi, « ces revendications comportent une forte dimension expressive, d'affirmation de styles de vie ou d'identité [...]. Il s'agit désormais moins de défier l'État ou de s'en emparer que de construire contre lui des espaces d'autonomie, de réaffirmer l'indépendance de formes de sociabilité privées contre son emprise » (Neveu, 2005, p. 62). Les nouveaux mouvements sociaux valorisent et défendent des principes identitaires autrefois refusés, dans lesquelles le corps joue un rôle particulièrement important (lutte des femmes, minorités sexuelles et ethniques, etc.), ce qui aura un impact majeur dans le secteur de la santé notamment. On met donc l'accent sur le refus de la normalisation tant dans le rapport à soi, aux autres, au corps, à l'environnement, qu'au travail, etc., ouvrant la porte à un élargissement des possibilités. L'affaïssement des frontières induit par la mondialisation se répercute également sur le plan social marqué par une flexibilité des identités, des valeurs et des pratiques individuelles et collectives (Neveu, 2005).

Parallèlement à ces bouleversements culturels et sociaux, on assiste à l'avènement d'une société du savoir, rendue possible par la démocratisation des études supérieures, le développement des technologies de l'information et des communications et par la place centrale occupée par le secteur tertiaire dont celui de la recherche et le développement. De fait, « ce n'est plus la répartition du produit qui est au cœur de la société mais la production de connaissances » (Rogel, 2003, p. 21), dont celles rattachées, de près ou de loin, au secteur de plus en plus vaste de la santé et des maladies. On assiste ainsi à la multiplication des connaissances scientifiques, des innovations techniques et des mécanismes d'échange d'information et de réseautage facilités notamment par le développement de l'informatique et plus particulièrement d'Internet (Roberts et coll., 2005). Les populations des pays occidentaux peuvent désormais consommer de l'information en tout temps, en tout lieu, à même une multitude de sources et sur pratiquement tous les sujets. Si en 1986 seulement 10 % des ménages canadiens possédaient un ordinateur, ils étaient plus de 75 % à pouvoir utiliser du matériel informatique à domicile vingt ans plus tard. L'accès à Internet, service pour lequel 68 % des ménages canadiens étaient abonnés en 2006 (Roberts et coll., 2005; Statistique Canada, 2008), et le temps passé en ligne n'ont eux aussi cessé d'augmenter comme le témoignent les données suivantes :

Près des trois quarts des Canadiens de 16 ans et plus ont utilisé Internet à des fins personnelles au cours de la période de 12 mois se terminant en octobre ou novembre 2007. Ces 19,2 millions de personnes l'utilisaient à la maison pour toute une gamme d'activités, principalement le courriel et la navigation générale. La recherche de renseignements gouvernementaux ou sur la santé, les réservations de voyage, les opérations bancaires, le paiement de factures, la commande de biens et de services en ligne étaient d'autres activités courantes. En outre, 20 % des utilisateurs d'Internet à domicile ont indiqué avoir contribué au contenu par l'envoi d'images, le blogage ou la participation à des groupes de discussion. Plus de la moitié avaient moins de 30 ans (Statistique Canada, 2008, p. 360).

Le développement de nombreuses innovations techniques (nanotechnologies, informatique, électronique, technologies de l'information et des communications, biotechnologies, produits de synthèse, etc.) et la transformation des valeurs et des modèles sociaux ont aussi largement contribué à bouleverser les modes de vie des populations occidentales et leurs conditions de reproduction sociale et biologique (Gauthier, 2009). En effet, en plus d'assister à l'augmentation du temps de travail et de la sédentarité chez les populations des pays occidentaux, la fin de la période d'après-guerre est caractérisée par une diminution drastique des taux de natalité à un point tel qu'on peut certes parler d'un *baby-crash*. L'indice de fécondité est ainsi descendu à 2,1 enfants par femme au début des années 1970, soit le seuil de remplacement des populations, pour poursuivre sa chute et atteindre un taux de 1,6 en 2005 (Gauthier, 2009). Diverses raisons ont contribué à cette baisse. Le contexte d'incertitude politique, économique et social global a certainement eu une incidence sur le taux de fécondité, tout



comme l'essor des programmes de planification des naissances, des procédés anticonceptionnels et la libération de l'avortement. Or, au-delà de ces indicateurs de décroissance, force est de constater que « la natalité est de moins en moins subie et de plus en plus voulue, d'autant plus que de plus en plus nombreuses sont les femmes exerçant une activité professionnelle souvent difficilement conciliable avec les contraintes de la vie familiale » (Gauthier, 2009, p. 211). Ainsi, on assiste à la déconnexion du mariage, de la sexualité et de la procréation dans les sociétés occidentales. Aussi, si les naissances peuvent être contrôlées et surviennent souvent plus tard, elles peuvent aussi être provoquées grâce au développement de diverses techniques de procréation assistée. Malgré ces innovations scientifiques, de plus en plus utilisées, il n'en demeure pas moins que les dernières décennies sont principalement marquées par le vieillissement de la population, faisant suite au *baby-boom* de la génération précédente.

Bref, la société qui émerge à la fin du XX<sup>e</sup> siècle dans les pays occidentaux est caractérisée par un fort degré de changement social hérité de la période d'après-guerre. Ainsi, « bien que nombre d'idées et de valeurs sont restées les mêmes [...], globalement, c'est bien le sentiment du changement, voire du bouleversement, qui prédomine » (Rogel, 2003, p. 8). Il s'agit ici de la mise en place d'un nouvel ordre social fondé sur la responsabilité individuelle, le désengagement de l'État (du moins, en partie), la multiplication des identités possibles sous-tendue par la transformation des valeurs sociales et la mise au point de nombreuses innovations techniques. Libérales, les sociétés sont de moins en moins hostiles à des pratiques et revendications sociales comme le droit au divorce, à l'avortement, à l'euthanasie et à l'homosexualité. Ce libéralisme permet ainsi une plus grande ouverture et reconnaissance face à des mœurs et comportements différents dans le cadre d'une société de plus en plus complexe et différenciée et dans laquelle l'individualisme et l'autonomie sont des valeurs supérieures (Rogel, 2003).

« Individuals and families are placing increasing value on autonomy and privacy. Traditional institutions and society are decreasing in importance and personal fulfilment is gaining in importance. Couples are restructuring gender roles to allow greater personal autonomy for both partners. [...] The desire for independence can be seen as replacing the fading traditional sense of responsibility [...]. Individuals increasingly resist institutional constraints and the good of society no longer takes precedence over individual fulfilment » (Ford et Clifton, 2005, p. 83).

Aussi, ces bouleversements politiques, sociaux et économiques, qui ont si drastiquement marqué les sociétés occidentales au cours des soixante dernières années, ont forcément eu un impact majeur sur des dimensions particulières de la vie sociale et des groupes sociaux. Il va sans dire, comme nous pourrions le constater dans les chapitres subséquents, que cette conjoncture historique a su fortement

orienter la trajectoire d'un secteur comme celui de la santé, et ainsi permettre l'émergence et l'évolution de l'expression même de médicalisation.

## CHAPITRE II

### LA SOCIÉTÉ OCCIDENTALE CONTEMPORAINE : VERS UNE SOCIÉTÉ DE LA SANTÉ

Dans le cadre des sociétés prémodernes, les conceptions de la santé et de la maladie étaient majoritairement tributaires des représentations religieuses et philosophiques, dans lesquelles le naturel et le mystique se confondent. La santé correspondait, selon le *Dictionnaire universel* publié en 1690, à un état d'harmonie entre le corps et l'environnement extérieur, soit la « convenable disposition et [le] tempérament des humeurs et des parties d'un corps animé, qui est cause qu'il fait bien ses fonctions » (Furetière, 1690 dans d'Houtaud, 1999, p. 22). Furetière, l'auteur de cet ouvrage, poursuit en écrivant : « [...] santé se dit figurément en choses spirituelles et morales. La santé de l'esprit est bien autant à désirer que celle du corps » (Furetière, 1690 dans d'Houtaud, 1999, p. 22). À l'opposé, la maladie était pour sa part symptomatique d'une transgression des principes d'harmonies causée par des changements environnementaux ou des changements de régime alimentaire et physique. Aussi, les modes d'intervention et pratiques thérapeutiques étaient, jusqu'à l'époque prémoderne, basés principalement sur l'exécution de saignées et l'utilisation de différentes substances végétales et minérales (Turner, 2000).

#### 2.1 Vers une conception moderne de la santé et de la maladie

L'avènement de la modernité a amorcé des changements majeurs dans le domaine médical en Occident. Cette époque, il est bien connu, a été ponctuée d'innovations fondamentales notamment en biologie, en chimie et en anatomie, qui ont largement contribué à remodeler l'espace occupé par la médecine, mais aussi à transformer ses fondements et ses pratiques. Toutefois, c'est d'abord et avant tout le contexte social qui a contribué à forger la médecine moderne, comme le précise Olivier Faure : « Dans le processus qui s'amorce à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, l'impulsion décisive n'est pas scientifique, mais bien sociale. C'est parce qu'émerge une nouvelle conception de la vie, de la santé et de la maladie que la médecine change, et non l'inverse » (Faure, 1994, p. 27). Façonnée par un ensemble de ruptures – de taille et de nature variable – cette nouvelle dynamique sociale a largement influencé le développement de la médecine et ses conditions d'existence. La conception moderne de la vie, de la

santé et de la maladie qui émerge à cette époque va de pair avec la mise en forme de la nouvelle approche anatomo-clinique, orientée par « un état d'esprit nouveau qui remplace le recours aux grands textes des médecins de l'Antiquité par l'observation concrète du malade comme guide central de la démarche médicale » (Faure, 1994, p. 43). Pour Foucault, cette nouvelle approche marque une rupture épistémologique majeure alors qu'elle permet, pour la première fois en Occident, l'adoption d'un discours scientifique et rationnel sur le corps, engendrant la transformation radicale du regard médical sur son objet qu'est la maladie.

L'expérience clinique – cette ouverture, première dans l'histoire occidentale, de l'individu concret au langage de la rationalité, cet événement majeur dans le rapport de l'homme à lui-même et du langage aux choses – a vite été prise pour un affrontement simple, sans concept, d'un regard et d'un visage, d'un coup d'œil et d'un corps muet, sorte de contact préalable à tout discours et libre des embarras du langage, par quoi deux individus vivants sont « engagés » dans une situation commune mais non réciproque. [...] [et pourtant] la clinique, c'est à la fois une nouvelle découpe des choses, et le principe de leur articulation dans un langage où nous avons coutume de reconnaître le langage d'une « science positive » (Foucault, 1988, p. XI et XIV).

Cette rupture progressive, mais drastique, que représente l'approche anatomo-clinique découle ainsi de l'adoption d'une démarche scientifique. L'observation clinique du patient et des manifestations particulières de la maladie devient le procédé de départ qui permet au médecin d'isoler et de synthétiser chaque maladie, pour mieux en comprendre le développement et ultimement établir une classification (nosologie) des diverses maladies et appliquer le traitement approprié. Cette observation empirique où les signes cliniques sont associés à des modifications pathologiques organiques constitue un renversement majeur sur le plan de la conception même de la maladie. Celle-ci est désormais entrevue comme un phénomène abstrait, indépendant et universel, entièrement détaché d'une quelconque manifestation singulière inscrite en chacun des individus atteints. À ce changement dans la conception même de la maladie, s'ajoute celui, tout autant majeur, de la façon d'entrevoir le malade. Le médecin ne soigne plus l'individu – avec ses idées, ses comportements et sa façon de ressentir la douleur – mais une maladie dont l'origine et l'inscription sont d'abord et avant tout biologiques. Il en découle une conception positive de la maladie qu'il s'agit de scientifiquement découvrir de son caractère symbolique ou subjectif pour en atteindre l'origine biologique. La maladie, dans sa conception moderne, est envisagée comme un accident indésirable que les médecins et les patients refusent désormais de remettre entre les mains du destin. Il va sans dire que l'avènement d'une conception moderne de la santé, de la maladie et de l'approche anatomo-clinique n'aurait pu avoir lieu sans le développement et le perfectionnement de méthodes et d'outils de perception, d'identification, d'explication et d'interprétation des différentes maladies et de leurs symptômes et manifestations (Faure, 1994).



Maître d'œuvre de l'approche anatomo-clinique, la médecine devient une profession, et agit à titre d'experte du diagnostic et du traitement des maladies. La rupture idéologique et épistémologique qui s'installe avec l'adoption par les médecins de principes et de fondements scientifiques permet à la médecine l'obtention d'une reconnaissance officielle jusqu'alors souhaitée par ses praticiens. Désormais, seule la médecine officielle, soit celle qui procède par l'application de méthodes scientifiques, prévaut, éloignant du même coup toute concurrence de charlatans ou autres guérisseurs improvisés. Organisée en un réseau d'enseignement reconnu et de mieux en mieux structuré, la profession médicale voit le nombre de ses praticiens augmenter au cours des siècles subséquents, non sans subir quelques fluctuations en regard de l'offre – les médecins disponibles – et de la demande – les patients disposant des moyens financiers suffisants pour se faire soigner – sans compter la répartition inégale des médecins entre les villes et les campagnes (Faure, 1998). Désormais organisés en un corps médical officiel, reconnu et hiérarchisé, les médecins occupent une position privilégiée dans la société moderne occidentale. Les médecins deviendront les maîtres d'œuvre d'un processus thérapeutique, tout en étant chargés de réguler les autres professions du domaine de la santé au fur et à mesure qu'elles apparaîtront au fil des siècles.

[...] en quête d'ascension sociale et de reconnaissance, les médecins acceptent ce rôle d'autant plus volontiers que règne la métaphore organiciste. Selon elle, ceux qui connaissent et soignent l'organisme humain doivent naturellement gérer l'organisation sociale puisque la société (la ville surtout) est calquée sur le corps humain avec sa tête, ses membres, ses artères, ses fonctions (Faure, 1994, p. 114).

La médecine développe donc à partir de cette époque charnière un triple statut lui conférant une position unique. Organisée à la fois en tant que discipline scientifique et système d'intervention, la médecine se déploie également à titre d'« institution sociale ». Discipline, d'une part, puisque circonscrite par un ensemble de règles et de principes fondamentaux, la médecine est aussi reconnue, d'autre part, comme un système déployant des stratégies d'intervention concrètes sur les individus et les populations, telles que les diagnostics et les méthodes thérapeutiques. Ainsi, comme toutes les disciplines scientifiques, la médecine est entrevue comme une « organisation particulière au sein de laquelle se développent les savoirs modernes comme ensemble de pratiques codifiées et reconnues valides par un collectif autodélimité, l'activité scientifique se développant par rapport à une ligne de front » (Fabini, 2006, p.13). Mais à la différence de ses consœurs, la médecine a aussi su s'élever, à partir de cette époque, au rang des « institutions sociales ». Turner définit les institutions sociales comme suit : « a complex of positions, roles, norms and values lodged in particular types of social structures and organising relatively stable patterns of human activity with respect to fundamental problems in producing life-sustaining resources, in reproducing individuals, and in sustaining viable

societal structures within a given environment » (1997, p. 6). Ce triple statut (discipline, système d'intervention, institution sociale) a assurément conféré à la médecine une position privilégiée.

Mais la médecine n'est pas la seule organisation à s'impliquer dans la réorientation de la conception même de la vie, de la santé et de la maladie. L'État, et une partie du public adressent désormais à la médecine de nouvelles demandes et exigences face auxquelles elle est sommée de répondre (Faure, 1994). Dès la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, la société occidentale est portée par un souci grandissant pour l'état de santé de ses membres, qui se fera notamment sentir par la constante augmentation de la demande, notamment par les membres des classes sociales privilégiées, pour des traitements à la fine pointe des récentes découvertes scientifiques. Ainsi, « ce ne sont pas les médecins qui veulent convertir des malades réticents à la nouveauté, mais bien l'inverse. [...] Le public aristocratique ne se contente pas de ce rôle plutôt passif de consommateur de littérature médicale » (Faure, 1994, p. 28).

Face à l'espoir engendré par les nombreuses innovations médicales et l'approche anatomo-clinique, les malades qui ont les moyens de s'offrir des services médicaux plus complexes n'exigent désormais de leur médecin rien de moins que la guérison. Influente et disposant de ressources financières considérables, la population des classes financièrement privilégiées a ainsi joué un rôle déterminant dans l'introduction de nouveautés thérapeutiques dans la pratique médicale moderne. Cet intérêt grandissant pour les questions de santé et de maladie s'illustre également par l'engouement sans cesse croissant de ces populations pour les ouvrages de vulgarisation scientifique, eux-mêmes propulsés par le perfectionnement des techniques d'imprimerie. Les manuels, traités et cours sur divers sujets relatifs à la santé, à la maladie et à l'introduction de nouveaux traitements et procédés médicaux, sont non seulement diffusés auprès des membres de la communauté médicale, mais aussi auprès d'une partie du public de plus en plus interpellé par ces questions (Faure, 1994).

L'Église a elle aussi à sa façon largement participé à l'éclosion de la médecine et à l'instauration de cette nouvelle conception de la vie, de la santé et de la maladie. En effet, Faure (1994) précise que dans le but d'assurer sa position dominante, l'Église avait tout intérêt à amener ses fidèles à se préoccuper davantage de leur santé et de celle des membres de leur famille, avec cette volonté de sauver d'abord leur corps pour ensuite sauver leur âme. Bien que reconnue à l'époque pour sa résistance face au progrès, au modernisme et au libéralisme, il n'en demeure pas moins que l'Église avait grand besoin du support de la médecine afin de maintenir sa visibilité auprès d'une population dont l'état de santé était régulièrement menacé. En revanche, la médecine devait nécessairement s'assurer du soutien de l'Église, particulièrement dominante à cette époque, pour progresser et avoir un

accès privilégié aux malades encore souvent réticents aux nouvelles pratiques et techniques d'intervention médicales.

Pour les partisans du mouvement hygiéniste plus radical le clergé doit être combattu comme l'adversaire le plus tenace de la vérité. Cependant, personne n'ignore qu'il faut également le flatter comme un précieux intermédiaire pour la diffusion des nouvelles pratiques sanitaires. Cette double perception des acteurs religieux est à l'origine de la « cohabitation » entre médecins, prêtres et bonnes sœurs [...]. Les élites scientifiques ne sont pas favorables à la persistance du contentieux entre « le corps médical et le clergé ». Elles tendent à freiner les médecins les plus anticléricaux, les invitant à tolérer la présence de signes de religiosité populaire (Nonnis, 2005, p. 246).

Ainsi, dès le XVIII<sup>e</sup> siècle, et même encore aux siècles suivants, il n'était pas rare de voir les curés et autres membres de l'Église disposer d'un accès privilégié à la littérature médicale, se servant même à l'occasion de leurs connaissances thérapeutiques rudimentaires pour pallier au manque d'effectifs médicaux locaux. Mais cette littérature avait « par ailleurs une finalité plus précieuse : obtenir du curé qu'il incite les populations locales à avoir confiance dans la médecine traditionnelle, encore lourdement infiltrée par les charlatans, et qu'il les encourage à recourir au médecin » (Nonnis, 2005, p. 247). Promotrice des nouvelles pratiques de santé publique, l'Église, malgré sa résistance générale à la reconnaissance du progrès scientifique, s'est finalement vue attitrée le rôle de médiatrice culturelle entre, d'une part, la profession médicale et ses praticiens et, d'autre part, la population locale qui, à l'exception des classes dites privilégiées, demeurait à cette époque fortement sceptique à l'égard du développement des nouvelles approches médicales – résolument modernes – et de ses innovations techniques. Possédant une confiance et une complicité extrêmement forte avec les membres de leur communauté et représentant un point de repère pour tous les indigents et les individus vulnérables – alors que l'Église était encore en charge de la gestion séculaire de la charité et de l'assistance publique – les curés ont dû apprivoiser la présence et l'intervention des médecins, se retrouvant même souvent côte à côte au chevet des malades. En partie bien malgré elle, l'Église a ainsi été l'un des acteurs importants dans la diffusion de cette nouvelle conception de la vie, de la santé et de la maladie et des nouvelles pratiques médicales et de santé publique.

Un quatrième acteur, en plus de la profession médicale, de la bourgeoisie et de l'Église, a aussi fortement contribué au changement de mentalités qui s'est opéré dès la fin du XVII<sup>e</sup> siècle. Pour des raisons idéologiques, économiques et politiques, les États portent également, à cette époque, une attention croissante à la santé et au profil démographique de leurs populations. Les États accélèrent ainsi progressivement l'instauration de diverses mesures visant à réduire la prévalence de nombreuses maladies et les taux de mortalité, notamment de la mortalité infantile qui frappait durement les familles



à cette époque. Si cet intérêt pour la santé de leurs populations n'est pas nouveau, il se démarque tout de même de celui entretenu au cours des siècles précédents, d'une part, par son intensité accrue, mais aussi, d'autre part, par le fait que les gouvernements des pays occidentaux s'appuient de plus en plus sur la médecine pour améliorer l'état de santé des populations, et ainsi renverser le déclin démographique. En effet, la volonté grandissante des États d'assurer une gestion des populations et de leur milieu de vie les a incités, secondés par des médecins jouissant d'une crédibilité de plus en plus appréciable, à instaurer dès le XVIII<sup>e</sup> siècle une politique de santé, c'est-à-dire « la manière spécifique dont à un moment donné et dans une société définie, l'interaction individuelle entre médecin et malade s'articule sur l'intervention collective à l'égard de la maladie en général ou de tel malade en particulier » (Foucault, 1979, p. 7).

La conceptualisation et l'émergence de cette politique de santé s'appuient sur un déplacement épistémologique majeur dans l'histoire, alors que tous ces acteurs (profession médicale, bourgeoisie, communautés ecclésiastiques et gouvernements) prennent conscience de l'importance non seulement de guérir les maladies, mais aussi, et surtout d'accorder la priorité à prévenir leur apparition. Suivant les traces de cette nouvelle orientation et s'inscrivant dans les approches modernes de la connaissance et du champ d'intervention de la médecine, les maladies, autrefois considérées comme des événements purement accidentels et imprévisibles, deviennent la conséquence d'un mode de vie et de comportements inadéquats. La maladie et la santé constituent progressivement des composantes essentielles de l'existence individuelle et de la vie sociale, tandis que la santé et surtout sa préservation reposent désormais largement sur une responsabilité individuelle (Faure, 1994).

C'est l'apparition de la santé et du bien-être physique de la population en général comme l'un des objectifs essentiels du pouvoir politique. Il ne s'agit plus là du soutien à une frange particulièrement fragile – troublée et perturbatrice – de la population, mais de la manière dont on peut élever le niveau de santé du corps social dans son ensemble. Les divers appareils de pouvoir ont à prendre en charge les « corps », non pas simplement pour exiger d'eux le service du sang ou pour les protéger contre les ennemis, non pas simplement pour assurer les châtiments ou extorquer les redevances, mais pour les aider, au besoin les contraindre, à garantir leur santé. L'impératif de santé : devoir de chacun et objectif général (Foucault, 2001, p. 16).

Le XVIII<sup>e</sup> siècle et les siècles subséquents sont aussi témoins d'un important déplacement des pratiques de santé et des interventions privilégiées. L'élargissement de la notion de santé, qui ne signifie plus uniquement un état d'équilibre mais aussi, suivant sa signification descriptive issue de l'approche anatomo-clinique, « le résultat observable d'un ensemble de données » (Foucault, 1979, p. 8), entraîne un changement majeur dans le regard porté aux individus malades et aux collectivités.

Le souci de la santé, qui va de pair avec cette idée de prévention des maladies et avec l'adoption d'une démarche scientifique par la profession médicale, aura des répercussions sur ce que Ewald (1986) qualifie de « raison probabilitaire », soit cette nouvelle propension à calculer les probabilités dans une optique de gestion du risque.

On ne sait pas assez, en France du moins, que le grand événement politique des deux derniers siècles a sans doute été l'application du calcul des probabilités au gouvernement de la société. C'est au sein de ce type de rationalité si spécifique que va se trouver reformulé le problème de la régulation des sociétés modernes, et que les politiques, autant libérales que socialistes, de droite comme de gauche, vont désormais requalifier leurs programmes. [...] Cela suppose un déplacement épistémologique fondamental. On ne peut avoir directement une connaissance adéquate de l'individu lui-même. Pour atteindre l'individu dans son individualité, il faut faire un détour par la masse, par la collectivité à laquelle il appartient [...] (Ewald, 1986, p. 143-149).

L'élaboration et l'application d'une politique de santé passent donc inévitablement par une connaissance plus juste et détaillée des collectivités, obtenue au moyen d'une quête de renseignements et de statistiques sur les caractéristiques de la population, de son milieu de vie, de ses habitudes et comportements, etc. Cette recherche d'informations atteint également les individus malades alors que le personnel de santé est amené à accorder une attention particulière à la description des problématiques de santé, de leurs manifestations et des symptômes ressentis par les patients. Ces informations sur la condition médicale sont désormais consignées le plus méticuleusement possible dans un dossier médical, spécifique à chacun des patients traités, car on considère qu'une connaissance plus fine de l'état de santé du patient et de la progression de sa maladie peut non seulement favoriser son rétablissement, mais aussi une meilleure compréhension des maladies et une application plus adéquate des interventions en santé dans les collectivités (Foucault, 1988).

Aussi, l'instauration des politiques de santé amène les États à s'investir dans diverses mesures qui, croit-on, peuvent avoir une incidence sur la santé des individus et des populations. Une prise en charge étatique s'instaure graduellement tel qu'en témoignent les nouveaux soins apportés aux indigents et aux malades (qui seront progressivement enlevés des mains des communautés religieuses), la construction d'infrastructures hospitalières et d'hygiène publique, et la mise en œuvre de diverses interventions ayant pour objectif la transformation des habitudes de vie des populations locales. Par exemple, les États mettent progressivement en place des politiques d'instruction publique favorisant l'« hygiénisation » des classes populaires, dont les médecins, en plus des dirigeants politiques, seront les maîtres d'œuvre (Pinell, 1998). C'est ainsi que, « depuis longtemps porteurs d'espérances individuelles plus nombreuses, les médecins sont désormais investis (avec les fléaux sociaux) d'une

mission d'intérêt public [...] » (Faure, 1994, p. 222). L'école deviendra dès lors rapidement l'un des principaux vecteurs de cette « hygiénisation » des populations. Les jeunes élèves y apprennent très tôt les rudiments d'une alimentation adéquate, et l'importance de la propreté corporelle, d'un habillement approprié et du maintien d'un équilibre sain entre le travail et l'activité physique (Guillaume, 2005). On met également en place, à partir de cette époque, un ensemble de mesures d'éducation populaire et de dépistage des maladies, en plus de mettre sur pied des infrastructures spécialisées et des services de traitement, notamment pour contrer la propagation des maladies contagieuses et infectieuses et d'autres problèmes de nature dite « sociale » comme l'alcoolisme.

Bref, il ne s'agit là que de quelques exemples pour démontrer l'intérêt croissant des États pour la santé de leur population. Secondés par les médecins, ils vont graduellement élargir leur champ d'action en cherchant à intervenir non plus seulement en regard des maladies d'origine biologique, mais aussi, et surtout en ce qui a trait à la prévention et à l'amélioration des milieux de vie des populations, désormais reconnus comme des vecteurs importants dans le développement et la propagation des maladies. L'instauration des politiques de santé aura surtout pour effet, par un déplacement idéologique, d'intégrer la vie, la santé et la maladie, non seulement dans un cadre médical clinique orienté vers le diagnostic et le traitement, mais également de les inscrire dans une pratique de gestion économique et politique « qui vise à rationaliser la société » (Foucault, 1979, p. 8). Comme le soulignent Bourdelais et Faure, « l'innovation majeure ne tiendrait donc pas à la diffusion de la seule hygiène, et de nouveaux soins du corps, mais surtout à la notion fondamentale de penser que le futur n'est pas la simple répétition du passé, que l'homme peut améliorer son futur » (Bourdelais et Faure, 2005, p. 23). Les effets de ces changements drastiques dans la conception même de la santé et de la maladie, de leur prise en charge et du rôle joué par la médecine et les autres acteurs sociaux se feront encore sentir au XX<sup>e</sup> siècle, et seront amplifiés par les bouleversements engendrés par la Seconde Guerre mondiale.

## 2.2 L'émergence de la conception contemporaine de la santé et de la maladie : quelques repères

Héritières du passé, les transformations et ruptures sociales, politiques et économiques amorcées dès le milieu du XX<sup>e</sup> siècle lors de la fin de la Seconde Guerre mondiale ont à leur tour ouvert la porte à une nouvelle conception de la santé et la maladie. L'aisance matérielle, le prolongement de la scolarité et l'ouverture de nouvelles possibilités ont permis aux hommes et aux femmes de cette génération d'entrevoir l'avenir différemment, laissant ainsi émerger des préoccupations individuelles et collectives qui jusqu'alors n'étaient pas envisageables. Mais si la santé a pu prendre une ampleur



inégalée dans l'histoire, c'est aussi parce que les transformations qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale ont eu des répercussions majeures sur la nature même des maladies alors qu'elles frappent différemment et se soignent différemment.

### 2.2.1 Transition épidémiologique : des grandes épidémies aux maladies chroniques

Le concept de transition épidémiologique a été proposé en 1971 par Omran afin de rendre compte des nombreuses mutations qu'ont subies les maladies au fil des siècles derniers (Adam et Herzlich, 2004; McKinlay et Marceau, 2005). Ainsi, pour Omran, « the theory of epidemiologic transition focuses on the complex change in patterns of health and disease *and* on the interaction between these patterns and their demographic, economic and sociologic determinants and consequences » (Omran, 2005, p. 732).

Les sociétés prémodernes et préindustrielles, caractérisées par la présence de nombreuses maladies infectieuses, parasitaires et de carences, sont au cœur de la première phase de cette transition épidémiologique. Cette période historique est marquée par les épidémies, les nombreux épisodes de famine, les guerres et les accidents, responsables des taux importants de mortalité, et tout particulièrement de mortalité infantile. Une forte fécondité assurait la survie des populations dont l'équilibre précaire était continuellement menacé selon le contexte géopolitique et les circonstances naturelles, qui pouvaient à tout moment changer le visage d'une région. Phénomènes collectifs, les épidémies et autres événements tragiques pouvaient à eux seuls réduire considérablement la taille d'une population (Adam et Herzlich, 2004).

« The scanty evidence that is available indicates that frequent and violent fluctuations characterized the mortality patterns of pre-modern societies and that the mortality level was extremely high even in the so-called good years. Cough between the towering peaks of mortality dictated by chronic malnutritions and epidemic diseases, life expectancy was short and human misery was assumed » (Omran, 2005, p. 734).

La deuxième phase de la transition épidémiologique coïncide avec l'émergence d'une conception moderne de la santé et de la maladie, rendue possible par des approches et pratiques médicales novatrices telles que l'application de l'anatomo-clinique et de politiques et mesures de santé publique, et l'amélioration des conditions de vie et sanitaires des populations. Ces facteurs auront une incidence particulièrement favorable sur la santé, tel qu'en témoignent l'augmentation de l'espérance de vie et la régression graduelle de la prévalence des maladies si présentes dans la période prémoderne, bien que les épidémies ne soient pas encore complètement éradiquées. Par conséquent, « thus steady rises in life

expectancy, progressively diminishing death rates and more stable and predictable mortality patterns have accompanied the persistent increments in world population » (Omran, 2005, p. 734).

La troisième phase de la transition épidémiologique est associée quant à elle à l'émergence de maladies découlant directement de la transformation de l'environnement dont témoigne l'apparition de plusieurs maladies professionnelles et accidents de travail. Les nouvelles conditions de travail et d'existence et habitudes de vie des populations, spécifiques au XX<sup>e</sup> et au XXI<sup>e</sup> siècles et plus particulièrement depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, auront en effet un impact inévitable sur la nature et la prévalence des maladies. Si cette période est marquée par l'augmentation constante de l'espérance de vie, on assiste en revanche à l'émergence de maladies dégénératives chroniques associées pour la plupart aux nouvelles conditions et habitudes de vie des populations. Cette période de transition épidémiologique se caractérise ainsi par la modification en profondeur des modèles pathologiques alors que les pandémies sont graduellement remplacées par des maladies induites par l'activité humaine comme principale cause de mortalité (Omran, 2005). Aussi, paradoxalement, la diminution des naissances rapportée à cette époque (à l'exception du *baby-boom*) ne compromet pas la survie des populations, bien au contraire, puisque celles-ci connaissent une période de croissance continue jusqu'alors inégalée dans l'histoire.

« On one hand, the better health and greater longevity increasingly enjoyed by female reproductive ages tend to enhance fertility performance. On the other hand, the drastic reduction in risks to infants and young children that occurs in the later stage of the transition tends to have an opposite effects on mortality; that is, prolonged lactation associated with reduced mortality among infants and toddlers and parental recognition of improved childhood survival tend to lengthen both intervals and depress overall reproductive performance » (Omran, 2005, p. 747).

Ainsi, durant cette troisième phase de transition épidémiologique, l'espérance de vie des populations occidentales ne cesse d'augmenter. À titre d'exemple, l'espérance de vie moyenne des Canadiens est passée de 42 ans en 1867 à l'époque de la Confédération, à 60 ans en 1921. Elle ne cessera de croître pour atteindre 76 ans en 1980 et 80 ans en 2005, soit 78 ans chez les hommes et 83 ans chez les femmes (Roberts et coll., 2005). Cette forte hausse est attribuable en grande partie à la diminution de la mortalité infantile, bien que les personnes âgées aient aussi connu un allongement considérable de leur espérance de vie depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale. En fait, jusqu'au milieu du siècle, l'augmentation de l'espérance de vie était entre autres due à la diminution de la prévalence des maladies infectieuses provoquée par l'amélioration des conditions d'existence et d'hygiène des populations, et la vaccination de masse. Mais les bouleversements socioéconomiques remarqués au sortir de la guerre concordent avec la transformation des principales causes de mortalité qui sont

depuis davantage associées aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux maladies respiratoires et à diverses formes de traumatismes.

La quatrième phase de transition épidémiologique se caractérise par la prise en compte des maladies chroniques. En effet, la transformation de la nature des maladies, mais surtout le caractère chronique de leur statut, fait dire à Picheral (1989) que les pays industrialisés seraient entrés, à partir des années 1970, dans une quatrième phase de la transition épidémiologique, alors que les malades peuvent dorénavant vivre de nombreuses années avec la maladie. Il ne s'agit donc plus seulement de souhaiter éradiquer les maladies, comme dans les phases précédentes, mais aussi d'apprivoiser ces maladies chroniques. Ainsi, cette quatrième phase représente pour Picheral une nouvelle étape dans cette transition épidémiologique, dorénavant orientée sur la question de la qualité de vie des patients tout autant sinon plus que celle de l'espérance de vie. Selon Adam et Herzlich (2004), ces maladies chroniques ont aussi pour effet de renforcer l'individualisation des malades. À la différence des épidémies et des maladies infectieuses « pour lesquelles régnait la terreur de la contagion et donc la peur du malade, les maladies modernes n'inquiètent plus l'entourage, sinon le plus proche » (Adam et Herzlich, 2004, p. 19). Contrairement à plusieurs maladies infectieuses dont les manifestations étaient physiquement apparentes, ces maladies sont souvent invisibles, aux yeux des autres et parfois aux yeux du malade lui-même. Aussi, la médecine et l'environnement social actuel permettent désormais à ces malades chroniques de vivre avec leur maladie, alors qu'autrefois ils auraient été rapidement condamnés.

#### 2.2.2 La santé : de l'absence de maladie à un état complet de bien-être

Ces différentes phases de la transition épidémiologique rappellent à quel point les maladies, pourtant inscrites biologiquement, se sont largement transformées au gré des conditions sociales d'existence des populations, des innovations thérapeutiques et de la conjoncture politique et économique. Ainsi, tout comme la maladie, la santé est le produit d'un travail de construction sociale dont le contexte de l'après-guerre a favorisé l'émergence d'une nouvelle conception. Au moment même où se met en place l'État-providence – et ses mesures de sécurité sociale et autres transformations sociales, politiques et économiques caractéristiques de la période d'après-guerre –, l'Organisation mondiale de la santé adopte en 1946 une nouvelle définition de la santé, toujours en vigueur aujourd'hui, et qui constitua très certainement un moment charnière pour la reconfiguration du champ de la santé.

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946, p. 1).

Cette vaste définition ouvre la porte à une représentation dynamique de la santé, fondée sur la recherche constante d'une amélioration et d'un enrichissement et non sur la simple préservation des acquis. L'OMS estimait d'ailleurs que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (OMS, 1946, p. 1). La Déclaration des droits de l'Homme, adoptée peu après en 1948, s'inscrivait également dans cette même rationalité alors qu'elle consacrait un certain nombre de droits dont le droit « à la protection des mères et des enfants » (Brunelle, 2003, p. 63).

Désormais présente pendant la maladie, mais aussi avant et après, la médecine élargit son mandat non seulement pour voir à la santé des individus en termes d'absence de maladie, mais aussi pour assurer leur bien-être complet, selon cette nouvelle définition de la santé adoptée par l'OMS au sortir de la guerre. Cette conception contemporaine de la santé se traduit par l'adoption d'un modèle biomédical qui voit la maladie comme une réalité virtuelle. Appelée à décoder, isoler, identifier sa souffrance, l'individu contemporain se tourne en effet de plus en plus vers le savoir médical pour comprendre son mal sans interroger « la vision globale de son corps ni même la réalité de ses symptômes » (Herzlich et Pierret, 1984, p. 131). La médecine du XX<sup>e</sup> siècle, basée sur cette approche, est une médecine qui englobe autrement dit les composantes environnementales de la maladie et la santé, telles que ses dimensions psychologiques et sociales, dans le but non pas de les réduire, mais de les traduire en langage biologique sur lequel elle pourra intervenir. La santé et la maladie deviennent ainsi des concepts malléables, qui peuvent se côtoyer simultanément chez un même individu et qui sont désormais en partie tributaires des capacités et incapacités individuelles à mener une vie selon ses motivations et intérêts personnels. Si être en santé, c'est pouvoir maîtriser son existence et influencer son environnement, la figure du malade est alors irréductible à celle de porteur d'une maladie : le malade devient celui qui ne peut pas, momentanément, ou de façon permanente, fonctionner ou réaliser son plein potentiel.

Notons à cet effet l'entrée en vigueur dans les décennies 1970 et 1980 de nouveaux concepts et approches tels que la promotion de la santé, les déterminants de la santé et l'approche axée sur la santé de la population. De façon générale, ces concepts cherchent à mettre l'accent à la fois sur les capacités et caractéristiques individuelles et sur l'environnement dans lequel vivent les populations comme facteurs de protection face aux maladies. À ce titre, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé,



adoptée en 1986 par de nombreux pays, est certainement l'un des documents de référence les plus importants à cet égard alors qu'on y précise que la santé repose tout autant sur le développement de politiques de santé publique, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Ainsi, « visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà », cette Charte définit la promotion de la santé comme étant « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. [...] La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être » (OMS, 1986).

### 2.2.3 Prise en charge étatique de la santé des populations

La prévention occupe également une place primordiale dans cette nouvelle conception de la santé et de la maladie. Prenant la place jadis occupée par la prévoyance, cette obligation jusqu'alors individuelle d'assurer l'imprévisibilité, la prévention devient désormais une vertu sociale. Alors que l'État-providence s'engage à prendre en charge les contrecoups inhérents à la vie industrielle urbanisée, la santé s'inscrit désormais dans cette logique de prévention puisque « assurer, c'est d'abord prévenir puis réparer » (Ewald, 1986, p. 334). Cette extension contemporaine de la prévention s'actualise par l'identification et la différenciation des individus ou des groupes d'individus face au risque qu'ils représentent pour eux-mêmes et pour l'ensemble de la collectivité, alors que la préoccupation envers la santé des corps individuels, du corps social et de leurs corrélations complexes s'intensifie. La santé s'inscrit à la fois comme un droit fondamental des citoyens que les États s'engagent à soutenir et protéger, et un devoir d'intervention légitime des États auprès de leur population si des risques de santé physique, mentale et sociale devaient se manifester.

Il ne faut pas entendre seulement par là une société qui voit multiplier en son sein les institutions et les pratiques d'assurance, mais une société qui pense la politique de sa régulation dans et à partir de son schéma de rationalité, une société qui voit dans les institutions d'assurance l'instrument adéquat, d'une composition avec elle-même. [...] À l'âge de l'État-providence, la notion de droits de l'homme ne s'entend plus que comme droit à la vie. Ce qui donne droit n'est plus ce que l'on fait de sa vie, mais le fait même d'être un être vivant et d'avoir des besoins à satisfaire. Voilà le grand déplacement : la valeur n'est plus dans la liberté, mais dans le fait d'être vivant (Ewald, 1986, p. 375).

Ainsi, parallèlement à l'extension de ce souci préventif, cette nouvelle conception de la santé et de la maladie qui émerge dans la période d'après-guerre s'inscrit en lien étroit avec le droit des populations à la santé. Foucault identifie à cet égard différents renversements historiques qui mettent en scène cette nouvelle façon d'entrevoir la santé au sortir de la guerre. Premièrement, « le concept de l'État au



service de l'individu en bonne santé se substitue au concept de l'individu en bonne santé au service de l'État » (Foucault, 2001, p. 41), alors que la santé devient un objet de préoccupation en soi pour les individus et l'État et non plus seulement en regard à la force de travail et militaire. Le droit des individus d'être en bonne santé – selon la définition extensible de la santé telle qu'entendue par l'OMS – devient ainsi un objet d'intervention étatique, non plus en fonction de finalités raciales ou nationalistes comme dans les siècles précédents, mais tout simplement pour assurer le bien-être des populations.

Deuxièmement, Foucault parle d'une inversion dans la « morale du corps » pour signaler l'apparition du droit des individus d'être malade, alors que dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, les individus étaient dans l'obligation d'assurer leur propre santé afin de maintenir leur niveau de production au travail. Déjà au XIX<sup>e</sup> siècle, la littérature était préoccupée par les enjeux de santé et l'obligation pour les individus d'assurer leur santé et celle des membres de leur famille. Ces exhortations morales à la santé, comme le précise Foucault, insistaient sur l'hygiène individuelle comme condition préalable à une bonne santé, laquelle assurait en retour une meilleure force de travail et de production, des conditions sanitaires améliorées et ultimement la survie des enfants. La fin de la Seconde Guerre mondiale change la donne alors qu'on « ne parle plus de l'obligation de la propreté et de l'hygiène afin de jouir d'une bonne santé, mais du droit à être malade quand on le veut et quand il le faut » (Foucault, 2001, p. 41).

Aussi, la santé devient au milieu du XX<sup>e</sup> siècle l'un des enjeux incontournables de la sphère publique, et par le fait même l'objet de luttes politiques intenses. Comme le remarque Foucault, plus aucune campagne électorale ne peut faire l'économie de la question de la santé, y compris la question de l'engagement des États à garantir le financement de ce type de dépense. À cet égard, il ajoute :

À mon avis, pour l'histoire du corps humain dans le monde occidental moderne, il faudrait sélectionner ces années 1940-1950 comme une période de référence qui marque la naissance de ce nouveau droit, de cette nouvelle morale, de cette nouvelle politique et de cette nouvelle économie du corps. Depuis lors, le corps de l'individu est devenu l'un des principaux objectifs de l'intervention étatique, l'un des grands objets que l'État lui-même doit prendre en charge (Foucault, 2001, p. 42-43).

Conformément à la nouvelle conception de la santé et de la maladie qui émerge dans les pays occidentaux, le plan Beveridge et ses équivalents nationaux marquent l'introduction et la place grandissante de la santé dans le champ de la macroéconomie et des finances publiques. Dès cette époque, « la santé – ou le défaut de santé –, l'ensemble des conditions qui permettent d'assurer la santé

des individus devient une source de dépenses qui, par son importance, se trouve placée au niveau des grands postes budgétaires de l'État, quel que soit le système de financement » (Foucault, 2001, p. 42).

Alors que s'élargit la définition de la santé qui englobe désormais le bien-être des individus et leur capacité à agir sur leur environnement, le rôle des États en matière de santé tend à devenir le rôle des États en général. La santé devient pour ainsi dire l'objet d'interventions étatiques de plus en plus fréquentes, alors que tout ce qui concerne de près ou de loin la santé individuelle et populationnelle est reformulé en termes de problèmes, d'indicateurs et d'objectifs cibles, relevant d'une véritable planification centralisée dont les États, par l'entremise de leurs institutions, détiennent le rôle de coordonnateur. Gestionnaires des dépenses en santé, l'implication des États dans les décisions et interventions relatives à la santé se raffine au fur et à mesure que se consolident leurs investissements dans les secteurs de la promotion de la santé, la prévention des maladies, la recherche, l'enseignement et les soins. La deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle est donc témoin de l'accroissement sans cesse constant de l'offre de services et de soins de santé et ainsi des dépenses publiques, mais aussi privées, dans ce secteur.

Les mesures de protection sociale instaurées dans la période d'après-guerre ont permis à une plus grande proportion de la population d'avoir accès à une gamme diversifiée de soins, autrefois réservés aux mieux nantis, et aussi de structurer ces services en un réseau de la santé. Aussi, les progrès scientifiques et thérapeutiques ont permis de prolonger l'espérance de vie de nombreux patients et d'améliorer leurs conditions d'existence, transformant des maladies autrefois mortelles en maladies chroniques. Devenus une denrée précieuse et recherchée, les soins et les services de santé exigent désormais de l'équipement de plus en plus spécialisé, et par le fait même, dispendieux. Ces transformations contribuèrent à l'augmentation rapide des coûts des soins médicaux et hospitaliers « tandis que, parallèlement, le public en découvrait la valeur » (Guest, 1993, p. 141).

D'ailleurs, il est intéressant de noter que, à l'époque de la formulation de la nouvelle définition de la santé par l'OMS, plusieurs penseurs et administrateurs n'avaient pas prévu une hausse aussi drastique de la demande, et donc des coûts, pour des soins et des services de santé. Encore attachés à une définition de la santé entrevue comme absence de maladie, il s'agissait à leur avis de maintenir l'état de santé des populations, et non de l'améliorer, comme si les besoins sociaux et les causes de maladies étaient en nombre limité qu'il suffisait de contrôler. De leur avis, « la hausse du niveau de vie, les progrès de la médecine, permettent la satisfaction de besoins anciens, sans en créer de nouveaux ».

Cette définition de la santé, entrevue comme l'absence de maladie est « comme toute définition négative [...] fatalement restrictive, donc limitée » (Valat, 2001, p. 116).

Et pourtant, les dépenses publiques liées à la santé et au bien-être social n'ont cessé d'augmenter. Depuis maintenant plusieurs décennies, au Canada notamment, la tendance ne fait que s'accroître selon le rapport sur les dépenses nationales en santé publié annuellement depuis 1975 par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Selon les dernières données disponibles, le total des dépenses en santé au Canada s'est élevé à 171,8 milliards de dollars en 2008, avec des prévisions de 182,1 milliards en 2009 et de 191,6 milliards en 2010. Par habitant, le total des dépenses en santé s'élevait à 5 154\$ en 2008, alors que l'ICIS s'attendait à ce qu'il atteigne 5 397\$ en 2009 et 5 614\$ en 2010. Aussi, au Canada, le total des dépenses en santé représentait en 2008, 10,7 % du produit intérieur brut (PIB) et devrait atteindre 11,9 % en 2009 et 11,7 % en 2010. Ce ratio était de 7,0 % en 1975 lorsque l'ICIS a commencé à compiler ces données, et il n'a cessé de croître depuis, bien que cette croissance ait été ponctuée d'importantes fluctuations résultant notamment des périodes de ralentissement économique qu'a connues le Canada et qui ont fait chuter le PIB (Institut canadien d'information sur la santé, 2010). Ces données canadiennes semblent représentatives d'une tendance qui prévaut dans les pays industrialisés quant à l'augmentation constante du financement accordé aux systèmes de santé, bien que les fonds injectés et la proportion des dépenses publiques globales varient grandement d'un pays à l'autre (OMS, 2000).

#### 2.2.4 Trois exemples de modèles de gestion des systèmes de santé

Si les pays industrialisés ont vu leurs dépenses en santé croître année après année depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, il n'en demeure pas moins qu'il existe à l'heure actuelle différents modèles de gestion des systèmes de santé dans ces pays. Les grands principes démocratiques élaborés dans la période d'après-guerre ont été partagés par l'ensemble des pays industrialisés, mais leur mise en œuvre dans le secteur de la santé a grandement été influencée par les fondements et l'héritage culturel et sociopolitique de chacun de ces pays. On se rappellera par ailleurs que les États-Unis ne peuvent être à proprement dit caractérisés d'État-providence, bien que les changements socioéconomiques majeurs qu'ils ont connu nous amènent à les inclure dans notre portrait général de la période d'après-guerre. C'est ainsi que trois modèles de gestion des systèmes de santé ont pris place à la fin de la guerre, inspirés notamment des modèles développés par Bismarck et Beveridge. La France, le Canada et les États-Unis seront utilisés ici à titre d'exemple pour démontrer les différences majeures qui ont marqué

l'implantation des systèmes de santé nationaux, surtout que, en plus d'avoir tous mis en place un système fondé sur des mécanismes différents, ces pays hébergent également une large proportion des auteurs qui ont cherché à comprendre les significations du terme médicalisation depuis son émergence dans la littérature sociologique.

Aussi, il est intéressant de constater que, à l'instar de la santé, l'expression *système de santé* a subi une expansion considérable au cours des dernières décennies. Selon l'Organisation mondiale de la santé, cette expression se définit comme suit :

On entend par système de santé la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires. Une intervention sanitaire s'entend de tout effort dont l'objectif principal est d'améliorer la santé, dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle. [...] Les systèmes de santé comprennent toutes les personnes et toutes les actions dont l'objectif principal est l'amélioration de la santé. Ils peuvent être intégrés et dirigés à partir du centre, mais souvent cela n'est pas le cas. Après des siècles où ils constituaient des entités de petite taille, généralement privées ou caritatives et la plupart du temps inefficaces, ils ont connu au cours de ce dernier siècle une véritable explosion à mesure que l'on acquérait et que l'on appliquait de nouvelles connaissances. [...] Un système de santé [...] inclut *toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé* » (OMS, 2000, p. xi à 5).

#### *Le modèle bismarckien*

Le premier modèle s'inspire en grande partie de l'approche développée par Bismarck. Présent dans certains pays, dont l'Allemagne et la France (quoique dans une moindre mesure), ce système repose largement sur le statut professionnel des individus puisque c'est ce dernier qui détermine la cotisation obligatoire perçue qui servira au financement du système de santé national. En effet, les différentes formes d'assistance et d'assurance mises en place par ces pays ont depuis longtemps été imprégnées du mouvement mutualiste qui enracine le lien entre les mesures de protection sociale, le travail et les employeurs (Lambert, 2000). Aussi, si les deux tiers des Français bénéficiaient déjà d'une protection sociale en cas de maladie avant la Seconde Guerre mondiale, la période d'après-guerre a su consolider ce système en un régime universel. L'implantation de ce système s'est néanmoins faite en étapes successives, et l'accès à des services de santé est demeuré difficile pendant les quelques décennies suivant la fin de la guerre pour certains groupes populationnels. De plus, cette généralisation de la couverture de protection sociale garantissant des droits uniformes pour tous les citoyens – prônée notamment par leur voisin Anglais Beveridge – ne s'est pas faite sans heurts ni conflits en raison de l'opposition de certaines catégories socioprofessionnelles qui bénéficiaient déjà à l'époque d'un niveau

de protection plus favorable. Ces dernières souhaitent conserver leur régime spécifique, régimes qui existent encore aujourd'hui (Sandier, Paris, Polton, 2004).

Aussi, le régime de soins de santé français a été dès sa création constitué d'un réseau de multiples caisses dirigées par des conseils d'administration élus, chacun étant composé de représentants des groupes salariés et d'employeurs. Bien vite, l'équilibre financier du système s'est avéré précaire alors que, comme tous les pays industrialisés, la France a été confrontée à des périodes de chômage d'importance, au vieillissement de sa population et à l'augmentation drastique des dépenses en santé. Cette conjoncture particulière, différente du contexte social qui prévalait au moment de la mise en place de ce système au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, a contribué à remettre en question l'emploi de l'affiliation professionnelle comme base de cotisation pour le financement du système de santé français.

Les concepteurs de la sécurité sociale espéraient que l'accès aux soins garanti par l'Assurance maladie permettrait de maintenir la population en bonne santé, réduisant de même coup les besoins de soins. Il en a été tout autrement, l'augmentation de l'offre et de la demande conduisant à une croissance régulière des dépenses. Avec l'apparition des difficultés économiques, les politiques opérèrent, dans les années 1970, un changement de cap afin de faire face aux contraintes budgétaires. Depuis 25 ans, les plans de rigueur se sont succédés pour tenter d'équilibrer les comptes de l'Assurance maladie. Face à l'augmentation des dépenses de santé liée à des facteurs structurels (progrès technologique et vieillissement de la population), dans un système caractérisé par une médecine payée à l'acte, un remboursement différé des soins et la liberté absolue dans le choix des praticiens, il n'est pas aisé de mener à bien une politique de maîtrise des coûts. Plusieurs instruments ont été mis en place pour freiner la demande et limiter l'offre (Sandier, Paris, Polton, 2004, p. 15).

Libres de choisir leurs praticiens et sans aucune limite quant à la consommation des biens et des services de santé, les bénéficiaires français doivent payer une fraction des frais engagés, bien qu'ils leur soient souvent remboursés par un régime de soins de santé privé. Aussi, dans le cas notamment des médicaments, la proportion des coûts défrayés est établie selon qu'il s'agit d'un médicament irremplaçable ou essentiel pour le patient, ou simplement d'un médicament pour une intervention de confort. Il en résulte que le système de santé français repose sur des fondements marqués par l'héritage de Bismarck et les propositions de Beveridge, où coexistent actuellement à la fois un financement public – reposant sur une assurance maladie fortement encadrée par l'État – et un financement privé (Sandier, Paris, Polton, 2004).



### *L'influence de Beveridge*

Contrairement à la France, d'autres pays industrialisés ont adopté, dès la mise en place de leur système de santé, l'approche proposée par Beveridge. L'Angleterre notamment a assuré la création dès 1948 d'un service national de santé fondé sur une protection sociale obéissant à une logique de redistribution financé à même les impôts des contribuables, plutôt que par un système d'assurance et de cotisations. Plusieurs pays du Commonwealth, dont le Canada, ont privilégié cette approche, la jugeant plus simple et efficace pour assurer le financement de leur système de santé national. La gestion de ces derniers se distingue alors du modèle bismarckien par sa « couverture universelle, gratuite et uniforme, sans affiliation, apportée à chacun, sans devoir justifier un travail et l'appartenance à une entreprise ou un statut professionnel; un monopole de santé publique, le service national de santé, où les soins ambulatoires et hospitaliers sont délivrés par des personnels salariés; un financement qui repose essentiellement sur l'impôt » (Lambert, 2000, p. 286).

Le système de santé canadien s'inspire largement de ce modèle bien qu'il ait nécessité des ajustements importants en regard au contexte sociopolitique national. Contrairement à l'approche de Beveridge qui prônait la mise en place d'un régime de santé unique et centralisé, le modèle canadien regroupe pour sa part treize régimes d'assurance maladie répartis dans les provinces et territoires. Malgré des différences importantes, ces systèmes de santé partagent tous néanmoins des normes de protection établies par la *Loi canadienne sur la santé*. Ainsi, tous les programmes de santé provinciaux et territoriaux doivent s'assurer du respect des principes suivants : 1) une gestion publique sans but lucratif; 2) l'intégralité des services de santé prévus; 3) l'universalité de l'accès des services à l'ensemble des populations selon des modalités uniformes; 4) la transférabilité de la protection des citoyens quant aux services offerts par les provinces et territoires; 5) et finalement, l'accessibilité des citoyens aux services sans restriction directe ou indirecte.

Aussi, selon les secteurs de juridiction, les gouvernements provinciaux et territoriaux sont chacun tenus responsables de l'administration, l'organisation et la prestation des services et soins de santé, sans quoi ils ne peuvent avoir droit aux transferts de fonds assurés par l'administration fédérale. Ces régimes de santé sont donc majoritairement financés par des fonds publics, bien que l'apport du financement privé, provenant principalement des consommateurs eux-mêmes et des régimes de soins de santé gérés par les compagnies d'assurance, ne cesse de croître. Faisant face aux mêmes défis que les autres pays industrialisés, c'est-à-dire entre autres l'augmentation des coûts en santé et le vieillissement de la population, le système de santé canadien est souvent perçu comme un géant au

pied d'argile. Plusieurs s'interrogent maintenant sur l'avenir de ce système et surtout sa capacité à maintenir le principe d'universalité sur lequel il repose.

D'une part, nous pouvons nous réjouir des progrès indéniables réalisés quant à la répartition des ressources, à la distribution des services et à l'amélioration de l'état de santé de la population. D'autre part, force est de constater que notre système, à l'instar de ceux d'autres pays, éprouve d'énormes difficultés à assurer la qualité et l'efficacité des services de même qu'à contrôler le rythme d'accroissement des coûts. Aurions-nous atteint le niveau de tolérance d'une situation inquiétante de crise larvée ? En somme, le débat est déjà lancé et nous sommes confrontés à des questions cruciales : Partageons-nous toujours les mêmes valeurs sociales d'équité et de solidarité à la base des principes fondateurs de notre système ? Pouvons-nous assurer la pérennité du système public en protégeant les acquis et en suscitant l'innovation ? (Fleury et coll., 2007, p. xi).

### *Les États-Unis : un modèle à part*

Pour leur part, les États-Unis ont adopté un modèle très différent de ceux inspirés par Bismarck et Beveridge, alors que leur système de santé repose sur la décentralisation de la gestion des services et son caractère très largement privé (Herzlich, 1970). Ainsi, « seul pays développé à rejeter la couverture obligatoire et universelle des soins, les États-Unis font figure d'“anti-modèle” plutôt que de “contre-modèle”. Et pourtant, la solution assurantielle est bel et bien une troisième voie entre les logiques bévérigidienne et bismarckienne » (Lambert, 2000, p. 388). Ce système de santé est composé de nombreux hôpitaux privés dont l'équipement à la fine pointe des technologies et la réputation enviable leur permet d'attirer une clientèle mieux nantie et des médecins à la carrière florissante. De fait, dès sa création, le système de santé états-unien s'est développé sous le sceau de l'investissement privé, réduisant énormément la participation du gouvernement central. Les premiers hôpitaux – qui avaient au départ pour mission de s'occuper des indigents, comme dans plusieurs autres pays à l'époque – ont vite été transformés en organismes privés à but non lucratif. Les fondations philanthropiques leur apportent également depuis des générations un soutien indéniable, puisé à même des contributions personnelles, permettant notamment le perfectionnement des établissements de santé et des facultés de médecine.

Ainsi, il n'existe pas aux États-Unis d'équivalent aux systèmes de santé nationaux et universels dont la France et le Canada notamment se sont dotés. Les frais des services et soins de santé sont majoritairement assumés par des assureurs privés, dont les cotisations sont payées par les syndicats, les employeurs ou les individus eux-mêmes. Le financement de ce système repose donc en grande partie sur la souscription des travailleurs à une couverture médicale individuelle ou collective. Par le

financement de programmes tels que Medicare et Medicaid, le gouvernement fédéral assure toutefois la prise en charge des services et soins de santé de certains citoyens non assurés, dont des personnes âgées de 65 ans et plus, des bénéficiaires de l'aide sociale et des personnes jugées particulièrement vulnérables. Cependant, à chaque fois, la mise en place de tels programmes de santé nationaux a nécessité plusieurs décennies de débats publics marqués par le lobbying très puissant des assureurs privés et d'autres associations et regroupements professionnels, souvent vivement opposés à de tels projets (Facal, 2006). La création d'un programme national d'assurance maladie par exemple s'est frayée un chemin dans les plateformes électorales dès le début du XX<sup>e</sup> siècle, et fait toujours les manchettes près d'un siècle plus tard.

Aussi, si ce système a la particularité de favoriser l'innovation et le développement de nouveaux produits dans le secteur de la santé grâce à l'abondance de financement privé, sa gestion sur un mode de régulation concurrentiel, où les corporations doivent rendre des comptes qu'à leurs seuls actionnaires ou sociétaires, semble également présenter des difficultés (Forest et Bergeron, 2005, p. 65). Aux prises avec un taux de mortalité infantile, d'obésité et de morbidité particulièrement élevé, comparativement aux autres pays industrialisés, le système de santé états-uniens engloutit annuellement des sommes astronomiques, tant du côté de la recherche et du développement que de l'offre de biens et de services en santé, démontrant ainsi des problèmes d'efficacité et d'efficience.

Cette organisation n'est pas satisfaisante : elle ne dégage pas un bon rapport coût-efficacité, moins encore en terme d'équité sociale; l'Amérique n'a pas atteint des résultats sanitaires correspondant aux ressources humaines et financières mobilisées. En revanche, le système de santé américain attire les médecins et les chercheurs du monde entier en raison de sa richesse et de ses capacités d'innovation. Cette organisation a permis de préserver dans le monde médical, les hôpitaux, les laboratoires et les universités une émulation qui a favorisé les découvertes et les nouveautés diagnostiques et thérapeutiques, sans lesquelles la plupart des progrès sanitaires du monde développé et sous-développé n'auraient pas lieu (Lambert, 2000, p. 388).

Toutefois, que l'on soit dans une approche influencée par Bismarck ou Beveridge, ou encore par la solution assurantielle, il n'en demeure pas moins que l'ensemble des pays industrialisés ont connu plusieurs bouleversements dans le secteur de la santé qui se sont accentués au cours des dernières décennies et qui mettent à l'épreuve la garantie précaire du financement de leur système de santé respectif et l'accès équitable à des services et soins.

### 2.2.5 Les innovations pharmaceutiques et leur impact sur les systèmes de santé

La diversification de l'offre de traitements et d'interventions pharmacologiques, qui a assurément contribué à la transition épidémiologique et la transformation de la conception de la santé et de la maladie, joue également un rôle important dans les déboires actuels et la remise en question des modes d'implantation des systèmes de santé dans les pays occidentaux.

L'industrie pharmaceutique a connu un essor important depuis la Seconde Guerre mondiale, bénéficiant d'une demande des plus vigoureuses, bien que l'évolution des chiffres d'affaires des grandes corporations pharmaceutiques demeure difficile à démontrer en raison des limites statistiques imposées par la constante réorganisation de ces « cartels », comme les surnomme Marc-André Gagnon (2008). Néanmoins, de nombreuses sociétés ont vu leur chiffre d'affaires se multiplier depuis la fin de la guerre, suite à la mise en marché de nombreux produits forts populaires auprès de leur clientèle (Valat, 2001). Aussi, les compagnies pharmaceutiques performant financièrement mieux que toutes les autres entreprises répertoriées annuellement dans le classement *Fortune 500*, avec un écart qui ne cesse d'augmenter depuis les années 1950 (Gagnon, 2008). Bref, la santé financière de ces entreprises est excellente :

En 2001, les 10 plus grandes sociétés pharmaceutiques aux États-Unis enregistrent des profits huit fois plus élevés que la médiane des profits des compagnies inscrites sur la liste des 500 plus grandes entreprises du magazine *Fortune*. Cette même année, en pleine période de ralentissement économique, le profit brut des géants de la pharmacie fait un bond de 32 %, pendant que celui des 500 plus grandes entreprises de *Fortune* plonge de 53 %. En 2002, les profits des 10 sociétés pharmaceutiques figurant sur la liste de *Fortune* (35,9 milliards de dollars) sont plus élevés que la somme totale des profits des 490 autres firmes énumérés sur cette même liste. [...] L'année 2001 est loin de constituer une exception. L'industrie pharmaceutique a occupé le sommet du palmarès en ce qui a trait aux profits tout au long des 10 dernières années du XX<sup>e</sup> siècle, et elle fût l'une des deux industries les plus profitables dans les 20 années précédentes. Qui plus est, le taux de profit des grandes compagnies pharmaceutiques est en nette progression. Durant les années 1970, les géants de l'industrie récoltent en moyenne des taux de profit de 8,9 % comparativement à 11,1 % dans les années 1980 et 15,1 % dans les années 1990 (mesurés en pourcentage de revenus). À la même époque, le taux de profit moyen des sociétés sur la liste de *Fortune* oscille autour de 4,4 % (St-Onge, 2004, p. 27-28).

Au Canada, les médicaments prescrits et non prescrits se classent au deuxième rang des dépenses en santé, représentant pour l'année 2008 un total de 28 milliards de dollars, soit 16,3 % du total des dépenses en santé. Seuls les hôpitaux dépassent ce montant avec des dépenses de 49,4 milliards, représentant 28,7 % du total des dépenses. Les médecins ont été relégués au troisième rang (22,9 milliards; 13,3 %) depuis maintenant plus d'une décennie alors que le corps médical a longtemps

représenté une dépense plus importante que les médicaments. Aussi, l'Institut canadien d'information en santé prévoyait une augmentation des dépenses consacrées aux médicaments respectivement en 2009 et 2010 de l'ordre de 6,3 % (29,7 milliards) et 4,8 % (31,1 milliards) (Institut canadien d'information sur la santé, 2010).

En s'inscrivant dans cette conception contemporaine de la santé, où l'absence de maladie est remplacée par un idéal de bien-être, les médicaments et autres instruments technoscientifiques tendent à occuper une place de plus en plus importante non seulement dans le traitement, la prévention et le contrôle des maladies, mais aussi pour le confort des individus. Ainsi, « le recours aux médicaments constitue depuis le XX<sup>e</sup> siècle, un élément majeur de la référence constante à la nouveauté dans les pratiques de santé. Le succès du médicament inaugure un nouveau type de rapport à la santé [...] » (Bonah et Rasmussen, 2005, p. 103).

Pourtant, malgré une augmentation drastique de l'offre et de la demande pour des produits pharmaceutiques, on note un ralentissement des innovations médicales en termes de gain thérapeutique (Lambert, 2000). Par exemple, entre 1981 et 1985, des 306 nouveaux médicaments disponibles en France, seuls 49 représentaient des avancées thérapeutiques alors que 177 n'apportaient rien de nouveau et 6 représentaient un danger potentiel pour les usagers. Vingt ans plus tard, en 2006, sur près de 535 nouveaux médicaments introduits sur le marché français, seulement 10 représentaient des avancées thérapeutiques, alors que 469 n'apportaient rien de nouveau et 17 ont été sévèrement critiqués par les médecins pour le danger potentiel qu'ils pouvaient représenter pour les consommateurs (Gagnon, 2008). Bien que considérables, les sommes investies dans la recherche et le développement de produits pharmaceutiques se traduisent peu souvent par de véritables percées thérapeutiques, puisqu'une seule nouvelle molécule synthétisée sur 10 000 deviendra éventuellement un médicament. Les compagnies pharmaceutiques préfèrent aussi souvent miser sur des molécules et des médicaments ayant déjà fait leurs preuves (Lambert, 2000).

Aussi, la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle a été particulièrement féconde quant au développement du secteur de la génétique, contribuant au déploiement d'un nouveau langage du vivant, et surtout d'une nouvelle vision où l'analyse de la prévisibilité cède la place à la prédiction. On ne cherche plus seulement à expliquer l'état présent d'un patient, mais aussi à spéculer sur l'état de santé futur des individus et des populations. Sœur de l'industrie pharmaceutique, l'industrie des biotechnologies doit en partie sa forte progression à cet espoir en la prévention des maladies à l'heure où certains se questionnent sur cette ère du « tout biologique » et où la génétique est fortement mise à contribution



– pour ne pas dire exclusivement – dans la recherche de l'origine de tous les comportements et maladies (St-Onge, 2006, p. 34).

Mais les études sur les bénéfices et inconvénients de ces innovations médicales et leur impact réel sur les dépenses en santé sont encore ambigus. La pérennité de la protection sociale, particulièrement en santé, est une préoccupation majeure actuellement dans l'ensemble des pays occidentaux, alors que les dépenses dans ce secteur sont appelées à s'accroître davantage dans l'avenir. Alors que plusieurs pointent du doigt le vieillissement de la population comme principale cause de la rapide progression des dépenses, il semble que ce soit davantage vers la croissance globale de la consommation pour des services et soins de santé qu'il faille se tourner. Toutes les générations confondues sont en effet à la source de cette augmentation de la consommation, que les innovations médicales ne cessent de solliciter.

Loin d'être une dynamique inexorable, la progression des dépenses de santé est la résultante de nos décisions [individuelles et collectives]. À tous les niveaux du système de santé, les arbitrages des acteurs façonnent les changements de pratiques qui sont à la source de la croissance de la consommation de biens et de services médicaux. Le vieillissement de la population ne joue qu'un rôle marginal. C'est le progrès technique médical qui est à l'origine de cette évolution : il fait apparaître continuellement de nouveaux produits et de nouvelles procédures dont la diffusion alimente la croissance des dépenses de santé (Dormont, 2009, p. 69).

Aussi, en France, l'augmentation des dépenses individuelles pour des services et soins de santé a été de l'ordre de 50 % en moins d'une décennie, soit entre 1992 et 2000, et ce pour presque tous les groupes d'âge (Dormont, 2009). On peut alors se demander si l'accroissement de la longévité et surtout les gains relatifs à l'amélioration de la qualité de vie des patients et des populations sont suffisants pour justifier une telle croissance des coûts, induite notamment par les innovations médicales.

## 2.2.6 La fin de l'âge d'or de la profession médicale

La profession médicale a elle-même subi d'importants changements dans la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle en regard notamment à son rôle, ses capacités et ses effectifs. Cette période a été associée à l'âge d'or de la profession médicale, dans un contexte où, comme l'a démontré la transition épidémiologique, la population assistait simultanément à la décroissance des taux de mortalité et à l'augmentation de l'espérance de vie dans les pays industrialisés. Au sortir de la guerre, plusieurs considéraient les interventions médicales et pharmaceutiques comme la voie à suivre pour lutter contre les maladies et blessures inhérentes à la vie moderne (McKinlay et Marceau, 2005). Aussi, selon

Mechanic, « the [medical] profession recognized early in its history that public trust was one of its greatest assets, a resource that allowed it to define the scope of medical work and increase the political and clinical autonomy of its practitioners » (Mechanic, 2000, p. 224). Bénéficiant de cette effervescence scientifique et des gains thérapeutiques importants dans la prévention et le traitement des maladies autrefois mortelles, plusieurs médecins étaient réfractaires à l'idée de s'engager dans la voie contractuelle, condition nécessaire dans plusieurs pays à la mise en place d'un système de santé intégré, préférant pour leur part conserver leur statut de travailleur indépendant. Au Québec, par exemple, de nombreuses organisations et associations médicales se sont montrées farouchement opposées à la création de l'assurance maladie, prétextant que cette interférence étatique serait nuisible pour la relation médecin-patient. Si les omnipraticiens ont fini par se rallier à cette nouvelle mesure, les médecins spécialistes n'auront eu d'autre choix que de s'y conformer après une grève de 10 jours en 1970 (Demers, 2003).

La composition de la profession médicale s'est aussi considérablement modifiée depuis la période d'après-guerre. Les médecins généralistes ont joui d'une reconnaissance privilégiée et sont demeurés les principaux dispensateurs de soins pendant la majeure partie du XX<sup>e</sup> siècle (McKinlay et Marceau, 2005). Les dernières décennies ont toutefois été témoin de l'émergence de nombreux groupes professionnels évoluant dans le secteur de la santé, responsables d'une variété toujours croissante de soins et de services de santé, créant ainsi parfois des tensions dans le partage des tâches, d'une part entre ces différents groupes eux-mêmes, et d'autre part avec les médecins dont le nombre de spécialités n'a cessé d'augmenter.

« Non physician clinicians (NPCs) are responsible for increasing amounts of the medical care that was previously provided almost exclusively by physicians. With increasing numbers and improvements of their position NPCs appear to be using the same political game plan that physicians used to secure this special status so successfully in earlier times. [...] The recent rapid increase in the number of physicians and other health workers is already creating intradisciplinary (between physicians) and interdisciplinary (between physicians and non-physicians clinicians) rivalries » (McKinlay et Marceau, 2005, p. 198-199).

Aussi, le prestige associé à la profession médicale s'est grandement érodé au cours des quarante dernières années bien qu'il demeure encore élevé (Light, 2005; McKinlay et Marceau, 2005). La transformation de la nature des maladies et des procédés thérapeutiques disponibles y serait pour beaucoup alors que le prestige d'une profession dépend largement de sa contribution à ce qui est valorisé dans une société. En vertu des changements qui ont affecté la nature des conditions pathologiques, les médecins ont de plus en plus de difficultés à faire valoir leurs capacités à traiter ces maladies et à en inverser le cours « naturel » (McKinlay et Marceau, 2005). En passant du traitement

des maladies à l'amélioration de la qualité de vie à long terme des patients (du *cure* au *caring*), le rôle des médecins serait aussi devenu moins prestigieux aux yeux du public, en plus d'être partagé entre plusieurs groupes d'acteurs, dont l'État et les autres professionnels de la santé.

#### 2.2.7 Émergence des mouvements contestataires en santé : pour une plus grande autonomie des patients

Finalement, on ne peut pas passer sous silence l'émergence de certains mouvements contestataires nés dans la période d'après-guerre et dont les revendications et critiques s'articulent précisément autour du champ de la santé et des maladies. Il s'agit notamment du mouvement pour la santé des femmes et du mouvement antipsychiatrique, qui ont chacun à leur manière porté un regard sévère à l'endroit de la profession médicale. À ce titre, le mouvement antipsychiatrique, né dans les années 1950, était dirigé au départ contre certaines pratiques asilaires telles que l'enfermement des malades et les traitements répressifs et violents qui leur étaient infligés. Très vite, le mouvement a aussi critiqué les fondements et les principes mêmes de la médecine psychiatrique et surtout la manière dont elle définissait et traitait les comportements pathologiques. Le mouvement antipsychiatrique s'est donné pour mandat d'opérer une remise en question radicale des structures psychiatriques traditionnelles, ce qui se devait de passer d'abord et avant tout par la redéfinition du normal et du pathologique : « C'est notre état dit normal [...] qui n'est qu'un effrayant état d'aliénation » affirmait à ce sujet Robert Laing, l'un des principaux penseurs de ce mouvement (Fournier, 2001). La psychiatrie, critique-t-il, ne cherche pas tant à soulager ou traiter les troubles mentaux, comme elle le prétend, mais plutôt à contrôler le comportement déviant de ses patients, jugés problématiques pour la collectivité.

Profitant de circonstances politiquement favorables, une poignée de psychiatres entreprit de réformer le système. [...] Ils lancèrent un appel aux pouvoirs publics, réclamant une transformation des conditions d'hospitalisation [...]. En même temps que l'asile, ils attaquaient l'organogenèse des troubles mentaux, non parce qu'ils pouvaient lui substituer une autre conception plus satisfaisante et mieux prouvée, mais parce qu'ils voyaient en elle une manière de légitimer la suraliénation imposée aux malades par une société intolérante et répressive. D'où leur préférence pour la mise en cause des facteurs d'environnement, qui donnait plus d'assise à leurs dénonciations et à leurs pratiques (Hochmann, 2004, p. 92).

Des auteurs reconnus, dont Foucault (1961) et Goffman (1968), ont abordé la question de la folie et de l'asile dans leurs ouvrages respectifs et montré les conséquences néfastes de cette institution jugée totalitaire pour les malades. Exclue socialement, ces individus n'avaient aucune possibilité d'émancipation et d'autonomie alors que leurs comportements et paroles étaient constamment organisés, réprimés, contrôlés. « Changer l'asile apparaissait donc comme une exigence humanitaire,

dans une société où, au sortir de la guerre et de l'univers concentrationnaire, l'aspiration démocratique [...] se faisait de plus en plus sentir. [...] Mais cette "humanisation" élémentaire ne pouvait être qu'un préalable. Il fallait surtout s'attaquer à l'asile dans les têtes » (Hochmann, 2004, p. 94). Le développement d'une psychiatrie communautaire, soit une psychiatrie pratiquant à l'extérieur des murs de l'asile, devenait de plus en plus pressant, dans l'espoir de requalifier les malades et leur redonner le pouvoir autrefois détenu par l'institution asilaire, par l'entremise de ses principaux acteurs, c'est-à-dire les médecins et les gardiens.

Aussi, il ne faut pas sous-estimer l'apport que la pharmacologie a pu avoir dans la désinstitutionnalisation des patients et les succès du mouvement antipsychiatrique, « ôtant symboliquement, pour la seconde fois en cent cinquante ans, leurs chaînes aux aliénés » (Hochmann, 2004, p. 98). Parfois le fruit du hasard et souvent efficaces, ces nouveaux médicaments ont permis de calmer les patients agités ou dépressifs et de réduire voire même de faire disparaître les hallucinations. Ils ont aussi contribué à revaloriser la spécialité médicale qu'est la psychiatrie, permettant à ces praticiens de faire bonne figure aux yeux des patients et de leurs confrères médecins au moment où les laboratoires pharmaceutiques mettaient sur le marché de nouvelles molécules révolutionnant ainsi le champ de la médecine. Les médicaments psychotropes, comme plusieurs autres innovations, ont largement contribué à changer le rôle et la figure de la médecine notamment dans le renouveau psychiatrique qui s'est amorcé dans la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle.

Le mouvement pour la santé des femmes est, pour sa part, né avec force et vigueur dans les années 1960-1970, principalement aux États-Unis, et s'est rapidement répandu ailleurs en Occident. Porté par la deuxième vague du féminisme, le mouvement pour la santé des femmes s'est davantage imprégné d'une perspective radicale. La pensée féministe est traversée par de multiples courants et tendances, parfois même aux antipodes. Du courant radical a émergé la problématisation des rapports de domination et de soumission dans le contexte d'une société patriarcale, afin d'éclairer les racines de l'oppression des femmes. Bien que ces féministes reconnaissent l'existence de différences biologiques entre les hommes et les femmes, elles refusent par contre que ces différences soient utilisées en tant qu'instrument d'oppression et de domination. « Pour le mouvement de santé des femmes, c'est au niveau de la santé que se traduit le plus entièrement l'aliénation des femmes; le corps agit, ni plus ni moins, à la manière d'un récepteur où convergent les effets multiples d'un environnement dont toutes les composantes sont interrogées de l'intérieur » (Saillant, 1985, p. 743).



Ainsi, le corps ne peut être considéré uniquement comme « un lieu sacré et sanctifié, symbole de fécondité et source unique de valorisation, mais [aussi comme] le lieu d'une aliénation, sinon son symbole ultime, et dans cet esprit, c'est ce corps qu'il faudra libérer pour sortir de l'asservissement » (Saillant, 1985, p. 746). Les féministes du mouvement pour la santé des femmes ont donc milité en faveur d'un contrôle absolu des femmes de leur corps, fil conducteur de ce mouvement qui a parfois été divisé par des approches et perspectives multiples. L'un des événements marquants de ce mouvement a sans contredit été la publication en 1971 de l'ouvrage *Our Bodies, Ourselves* du *Boston Women's Health Collective*, qui a été traduit en 13 langues et vendu à des millions d'exemplaires à travers le monde, dont au Québec.

Les militantes du *Mouvement pour la santé des femmes* sont unanimes : premières concernées par leur corps, les femmes ont, par conséquent, une volonté d'agir sur les difficultés qui les affectent. Si cela semble recevable, encore faut-il avoir le pouvoir de connaître, de comprendre et de choisir librement les moyens de résoudre ses problèmes de santé et de rétablir sa confiance dans ses propres capacités et compétences (Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, 1999, p. 5).

Le mouvement pour la santé des femmes a donc cherché à faire éclater les fondements et les pratiques de la médecine, jugés méprisants, inefficaces et dangereux pour les femmes. Proposant une réappropriation par les femmes de leur corps, ces féministes se sont attardées à rendre disponibles de l'information, des services et des lieux de décision respectueux du corps des femmes, et souvent différents des interventions traditionnelles proposées par la médecine et le réseau de la santé (Saillant, 1985). En fait, le mouvement pour la santé des femmes va plus loin en proposant « la subjectivité, le vécu, le corps comme moyen de saisir le réel » et souhaite voir « surgir la possibilité d'un nouveau type de recherche qui abolit la distance entre sujet et objet, insuffle le projet d'une nouvelle objectivité scientifique qui pourrait permettre l'élaboration de théories basées sur un tout autre découpage du réel [...] » (Gaucher, Laurendeau et Trottier, 1981, p. 140).

Dans la lignée des mouvements contestataires qui ont émergé dans la période d'après-guerre et à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, les mouvements critiques en santé ont préconisé l'implantation d'une approche holistique comme alternative au modèle biomédical, à qui ils ont sévèrement reproché de ne pas accorder suffisamment d'attention aux individus dans la conception, l'identification, l'interprétation et la résolution des problèmes de santé. Ils ont ainsi cherché à mettre de l'avant une vision positive de la santé; la nécessité de reconnaître l'autonomie et la responsabilité des individus face à la maladie, sa prévention et son traitement; l'importance d'une relation égalitaire entre les professionnels de la santé et les individus; la reconnaissance des interrelations qui unissent les facteurs individuels et sociaux



comme déterminants de la santé; et finalement le recours à des pratiques thérapeutiques non invasives désirées par le patient.

La période qui s'amorce avec la fin de la Seconde Guerre mondiale est ainsi particulièrement féconde, étant marquée par de nombreuses transformations politiques, sociales et économiques qui ont eu une influence déterminante dans l'émergence d'une conception contemporaine de la santé et de la maladie. Les États et les populations entendent différemment la santé et la maladie alors que s'amorce notamment un virage drastique de leurs conditions d'existence et des procédés thérapeutiques disponibles. La transition épidémiologique et les défis auxquels les États sont confrontés, notamment le financement des systèmes de santé, ont également largement bouleversé le contexte dans lequel s'insérera dès la fin des années 1960 une nouvelle expression dans la littérature sociologique : la médicalisation.

### 2.3 La naissance de la sociologie médicale

Le développement du champ de la sociologie médicale a largement été influencé par les multiples transformations, au cours des derniers siècles, de la conception de la santé et de la maladie. Si la santé occupe désormais une place primordiale dans le champ des intérêts individuels, collectifs et sociologiques, il n'en a pas toujours été ainsi comme nous le rappelle Uta Gerhardt (1989). De fait, la sociologie classique a longtemps accordé peu d'intérêt aux problèmes de santé physique et mentale, consacrant davantage ses énergies à la compréhension des phénomènes structurels et à l'organisation des sociétés. La santé et la maladie étaient davantage entrevues comme des processus biologiques relevant de la médecine – seule responsable du diagnostic et du traitement des maladies – plutôt que de la sociologie.

« Health was a sociological *non-issue* while sociology rigorously sought to define a terrain all its own. Perhaps health was seen as an aspect of the everyday world while sociology located itself in the world of science and higher learning [...]. Especially in cases where health failed, it was to be shamefully confined to the private quarters of the afflicted person's home and family or neighbourhood. In all, a pervasive distinction prevailed between "profane" life worlds incorporating matters of physical and mental health, and the "sacred" world of academic achievement. It made it unlikely that sociology (which placed itself in the latter) would recognise the unreality of assuming a healthy physical and mental state as characterising human beings in general. Sociology's interest in the rationalisation of the world meant that the irrational – particularly if it equalled the unhealthy – remained beyond the postulated image of mankind » (Gerhardt, 1989, p. xiii).

Cette vision organique de la santé et de la maladie a assurément contribué à les soustraire du regard sociologique, d'autant plus que le savoir et le vocabulaire médical sont longtemps demeurés relativement peu accessibles pour les non-spécialistes (Adam et Herzlich, 2004). La première définition de la sociologie médicale est ainsi apparue dans la littérature en 1894 sous la plume de Walter McIntire : « [Medical sociology is] the science of the social phenomena of the physician themselves as a class apart and separate; and the science which investigates the laws regulating the relations between the medical profession and human society as a whole; treating the structure of both, how the present conditions came about, what progress civilization has affected and indeed everything relating to the subject » (McIntire, 1894, p. 425).

Il faudra tout de même attendre plusieurs décennies avant que le champ de la sociologie médicale fasse une percée importante, aux États-Unis d'abord et ensuite en Europe. Les bouleversements sociaux, économiques et politiques caractéristiques de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle ont assurément contribué à la multiplication des travaux de recherche consacrés au champ de la santé et de la maladie, faisant de la sociologie médicale l'objet de nouvelles revues scientifiques. À ce titre, notons que ce n'est qu'en 1955 que l'*American Sociological Association*, fondée cinquante ans plus tôt en 1905, créa une section spéciale réservée à la sociologie médicale. Elle devait devenir, moins de cinq ans plus tard, l'une des sections les plus prolifiques de l'investigation sociologique, où s'affrontèrent différents points de vue et paradigmes (Wolinsky, 1988; Weiss et Lonnquist, 1994).

« In spite of successfully becoming a part of the sociological endeavour, and being incorporated into medical education in many countries, medical sociology has found itself unable to achieve the unity of analytical perspective which is thought to be an indispensable prerequisite if acknowledgement is to be won from the medical profession. Medical sociology often regrets not presenting a cohesive picture. It mirrors the diversity of theoretical approaches which has characterised sociology since its inception in the nineteenth century » (Gerhardt, 1989, p. xxii).

Robert Strauss distingua en 1957 la sociologie de la médecine (*sociology of medicine*) et la sociologie dans la médecine (*sociology in medicine*). La première concerne d'abord et avant tout l'étude de l'institution médicale, c'est-à-dire de ses différents rôles, rites, normes, conditions, règlements et valeurs (d'Houtaud, 1999). Suivant cette perspective, de nombreux sociologues se sont intéressés notamment à l'organisation du travail médical et à l'organisation des soins et des services de santé. Dès ses débuts, la sociologie médicale a été fortement influencée par cette approche qui conçoit la médecine comme un fait institutionnel et social dont la composition, les modes de fonctionnement et leur influence sur le développement des sociétés se doivent d'être éclairés par les sociologues.

Aussi, la sociologie, dans le cadre d'une sociologie *dans* la médecine (d'Houtaud, 1999), s'est intéressée de près aux processus pathologiques et thérapeutiques, et a fait de la santé, dans son sens élargi, un champ d'études de l'action et de la société. Dès les années 1950 et 1960, de nombreux sociologues se sont vus intégrés dans des équipes de recherche médicale et au sein même des facultés de science de la santé, dans le but de contribuer à une meilleure compréhension des phénomènes sociaux à l'oeuvre dans le champ de la santé et de la maladie. Leur mandat consistait à saisir les mécanismes sociaux de production des maladies et les facteurs influençant la guérison des patients, dans le but d'améliorer les traitements et les réponses à leurs égards. Faisant face à de sévères critiques, la sociologie dans la médecine et ses représentants ont souvent été accusés de collaborer avec l'institution médicale, plutôt que de chercher à comprendre et dévoiler les mécanismes sociaux, politiques, économiques et culturels qui la sous-tendent.

Malgré ces dissidences, entre la sociologie *de* et *dans* la médecine, et entre les différentes approches théoriques préconisées par les auteurs, il n'en demeure pas moins que la sociologie fut un témoin privilégié de la transformation des sociétés occidentales dans la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Aussi, plusieurs de ses représentants ont contribué à la naissance d'un nouveau terme au tournant des années 1970, c'est-à-dire celui de la médicalisation, et sa transformation au cours des quatre décennies suivantes, ce que nous aborderons dans les chapitres subséquents.

## CHAPITRE III

### EXERCICE DE CLARIFICATION SÉMANTIQUE ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

La fin de la période d'après-guerre concorde avec l'émergence d'un nouveau terme en sociologie : la médicalisation. Portés par une mouvance sociale qui remet en question les fondements mêmes de la société, des auteurs tels qu'Illich, Zola et Conrad contribueront à ébranler et à refonder le champ de la sociologie médicale. Objets de débats, leurs analyses de la médicalisation deviennent néanmoins des incontournables dans la littérature sociologique pour quiconque s'intéresse, de près ou de loin, à la santé et la maladie. Traduites et lues à travers le monde, leurs publications ont su s'attirer un public toujours plus vaste, inspirant des générations successives de sociologues préoccupés par les mêmes questions entourant la médicalisation. Il va sans dire que depuis la publication des premiers ouvrages sociologiques sur la médicalisation, ce terme a progressivement suscité un intérêt marqué chez de nombreux sociologues, curieux d'en comprendre les multiples facettes, en regard notamment à son incidence sur des groupes sociaux (médicalisation des femmes, des enfants, des personnes âgées, etc.), sur des problématiques sociales ou des événements de la vie spécifiques (médicalisation de la ménopause, de la dysfonction érectile, des troubles de comportements infantiles, etc.) ou encore, en regard à divers problèmes sociaux (médicalisation et itinérance, délinquance, pauvreté, etc.). Mais si ce terme est utilisé si couramment dans la littérature, encore faut-il en préciser le sens.

#### 3.1 La médicalisation : phénomène, processus social et concept sociologique

Seulement quatre décennies après avoir intégré la littérature sociologique, on assiste aujourd'hui à usage fortement répandu du terme médicalisation. En effet, on retrouve, à titre d'exemple, plus de 400 000 références à cette expression dans Internet par l'entremise du seul moteur de recherche Google, et ce uniquement en additionnant les résultats obtenus en français et en anglais. Or, la popularité d'une expression sociologique est rarement garante d'une compréhension commune, partagée entre ses nombreux utilisateurs. Au contraire, les termes les plus largement répandus sont aussi souvent l'objet de nombreux débats conceptuels et de révisions sémantiques dans la communauté

scientifique qui les soutient. Entré relativement récemment dans le vocabulaire courant en sociologie, l'utilisation grandissante du terme médicalisation est malgré tout un précieux indicateur de l'attention constante qu'il suscite. D'autant plus, précise Berthelot que :

[...] si chacun [des termes sociologiques], quel que soit son statut, est susceptible d'avoir une définition relativement construite dans un corpus déterminé, la multiplication et la surdétermination des termes n'invitent pas toujours à un usage rigoureux et critique. De façon plus insidieuse, mis à part les cas très précis des approches quantitatives ou expérimentales strictes, obligeant à réduire et à définir les termes par des équivalents numériques, le souci de définition conceptuelle dont font preuve les auteurs les plus sérieux ne peut aller jusqu'à l'ensemble des notions effectivement utilisées (2001, p. 231).

Aussi, il nous faut d'entrée de jeu reconnaître la grande polysémie du terme médicalisation alors qu'il réfère, dans la littérature sociologique, à la fois ou alternativement à un phénomène, un processus social et un concept sociologique. Le terme médicalisation est donc, de ce point de vue, tridimensionnel faisant constamment référence à ces trois registres distincts, quoique difficilement dissociables. Les chapitres suivants seront l'occasion de saisir le sens du terme médicalisation à travers sa triple nature, alors que selon ses composantes, nous l'aborderons tantôt comme un phénomène, tantôt comme un processus ou encore un concept, ou plus souvent qu'autrement sous ces trois formes simultanément. C'est pourquoi il nous faut préciser que, à moins d'avis contraire, notre utilisation du terme médicalisation réfèrera tout au long de cette thèse à la fois au phénomène, processus et concept qui en constituent le champ sémantique, et ce dans le but d'alléger la lecture de cette thèse.

Aussi, comme le précise Cabré (1998), les termes servent dans la littérature spécialisée à désigner les dimensions propres d'une discipline ou d'un secteur d'analyse. Ils font donc partie des connaissances fondamentales des spécialistes et constituent des outils privilégiés par lesquels appréhender et interpréter la réalité. Aussi, les termes sont le fruit d'une construction en ce sens que, s'ils peuvent à l'occasion renvoyer à des phénomènes ou processus sociaux dont on peut difficilement nier l'existence – par exemple l'augmentation du nombre de médecins ou encore du nombre de problèmes et comportements pris en charge par ces derniers, comme nous le verrons en détail dans les chapitres suivants –, il n'en demeure pas moins qu'ils expriment souvent non pas la réalité en tant que telle, mais la façon dont un auteur ou une communauté ont intériorisé cette réalité (Cabré, 1998). Ces structures terminologiques ne sont donc pas statiques. Au contraire, elles reflètent différentes dimensions et interprétations propres à chaque auteur, dont les points de vue peuvent tout autant se rejoindre que diverger radicalement. Le flou qui entoure les frontières terminologiques peut donc assurément complexifier toute tentative de clarification sémantique.



Aussi, la médicalisation est souvent représentée dans la littérature sociologique sous deux de ses principales formes – soit la médicalisation comme phénomène et comme processus social – permettant du même souffle d'illustrer le caractère complexe de la médicalisation, qui est constituée d'un ensemble diversifié d'événements et de cas de figure dont la trajectoire et l'inscription sociale sont certainement influencées notamment par des décisions politiques, des préoccupations individuelles et sociales, et des innovations thérapeutiques. Toutefois, l'utilisation répétée au cours des quarante dernières années du terme médicalisation lui a aussi concédé le statut de concept sociologique, en ce sens que ce terme réfère également à un ensemble de significations symboliquement organisées et reconnues. À ce titre, nous utilisons la définition de concept proposée par Turner pour qui « concepts are the basic building blocks of theory [...], symbolic or abstract elements representing objects, properties, or features of objects, process or phenomenon. Concepts may communicate ideas or introduce particular perspectives, or they may be a means for casting a broad generalization » (Turner, 1989, p. 5 dans Berg, 2004, p. 16). Marqué par son niveau d'abstraction et l'étendue de sa représentation, un concept désigne une réalité plus ou moins vaste qu'il est chargé, selon Madeleine Grawitz, d'« organiser, guider, désigner et prévoir » (1996, p. 17). Aussi, il n'existe aucun concept sociologique qui soit insensible aux fluctuations du sens qui l'habite et s'il est toujours à la merci d'une possible transformation ou mutation, le concept se doit, pour posséder une utilité scientifique, de représenter et de rendre possible l'observation de certains phénomènes sociaux ou aspects relativement circonscrits de la réalité (Tremblay, 1968).

Jean-Claude Passeron (1991) a, pour sa part, établi une distinction entre les concepts polymorphes et sténographiques, alors qu'à son avis le problème de l'énonciation sociologique est celui de trouver un juste équilibre entre le « trop ou trop peu théorique ». L'élasticité des concepts polymorphes, sans cesse à la remorque d'une nouvelle délimitation du champ sémantique qu'ils sont censés couvrir, constitue un obstacle majeur à la compréhension sociologique, se soldant souvent en une hétérogénéité théorique difficile à saisir.

[L'hétérogénéité théorique] resurgit sans cesse dans les choix de raisonnement, de méthode ou de formulation qu'opère le chercheur en recourant à un concept, dont il ne garde la maîtrise théorique que s'il est capable de maintenir disponible derrière le mot l'ensemble de virtualités sémantiques qui définissent et ont défini dans toute leur étendue ses pertinences opératoires ou argumentaires [...]. En situation de recherche, toute tentative pour enfermer de tels concepts dans les limites strictes d'une définition générique qui thésauriseraient à toutes fins utiles leur valeur opératoire, les réduit immédiatement à de pâles résidus scolaires, concentrés inopérants d'associations verbales sans indexation ni vigueur. Ils ne retrouvent leur face heuristique dans la description ou l'analyse que lorsque les résultats qu'ils ont permis de conceptualiser comme les traitements de données auxquels ils ont conduits se déploient virtuellement devant le chercheur afin de lui suggérer des choix de construction ou de mise en méthode qui ne sont

jamais opérés d'avance par une « bonne définition », fût-elle estampillée par une théorie qui a déjà fait ses preuves, puisque celles-ci sont toujours à refaire (Passeron, 1991, p. 38).

Ainsi, les concepts polymorphes sont en proie à une redéfinition constante selon l'objet d'étude des chercheurs et les cadres sociologiques sur lesquels ils s'appuient, leur imposant conséquemment de sérieuses limites quant à leur capacité de rendre compte d'une réalité ou d'un phénomène étant donné la pluralité des significations qui les composent. Aussi, si les concepts polymorphes peuvent servir de point de départ à l'analyse de multiples objets de recherche tel « un carrefour de séries opératoires » (Passeron, 1991, p. 39), les concepts sténographiques sont, à l'opposé, caractérisés par leur penchant vers « un trop peu théorique ». Surspécialisés, ces concepts font « preuve d'une précision empirique certaine mais sont incapables de s'organiser en système conceptuel qui les reliaient les uns aux autres afin de rendre compte avec une généralité croissante des régularités ou des configurations qu'elles baptisent en ordre dispersé » (Passeron, 1991, p. 49). Ces concepts sténographiques sont confinés à un matériau de recherche et un contexte sociohistorique singulier dont ils tirent leur signification. L'équilibre entre ces deux pôles – polymorphe et sténographique – se trouve donc dans des concepts ayant la capacité de reposer à la fois sur des données empiriques et des cadres théoriques explicites. Ainsi, si selon les domaines et les conjonctures, certains concepts peuvent exprimer une relation fixe entre certaines variables alors que d'autres s'insèrent dans un lexique théorique souvent complexe, il s'ajoute un espace intermédiaire entre ces deux pôles où se présente une majorité de concepts – dont celui de la médicalisation –, qui bien que présentant des définitions parfois divergentes, repose sur une légitimité suffisante pour être utilisée couramment dans une discipline (Berthelot, 2001).

### 3.2 Analyse du champ sémantique et des cadres sociologiques mobilisés par le terme médicalisation dans la littérature sociologique

Polymorphes ou sténographiques, il n'en demeure pas moins que les concepts sociologiques, comme toute terminologie d'ailleurs, appartiennent inévitablement au contexte historique duquel ils ont émergé et qui en influence très certainement les significations et les orientations. Ces termes sont des témoins privilégiés de l'histoire de la pensée; situés au centre des débats, ils sont à même d'exprimer toute la puissance des transformations sociales à l'œuvre. Ainsi, la théorie sociologique et la terminologie spécialisée qui l'accompagne sont loin d'être les riches héritières d'un passé unique, d'une histoire théorique indépendante. Elles sont, au contraire, le produit d'une série d'emprunts et d'influences qui en orientent constamment la trajectoire et les textures (Passeron, 1991). La recherche des significations d'un terme se doit alors d'être ancrée dans son évolution historique et ses multiples revirements sémantiques, conceptuels et théoriques.

« Héritage de mots, héritage d'idées » [...] le langage ordinaire qui, parce qu'ordinaire, passe inaperçu, enferme, dans son vocabulaire et sa syntaxe, toute une philosophie pétrifiée du social toujours prête à resurgir des mots communs ou des expressions complexes construites avec des mots communs que le sociologue utilise inévitablement. [...] Dans la mesure où elle est souvent prématurée, l'ambition de mettre au rebut le langage commun pour lui substituer purement et simplement un langage parfait, parce que entièrement construit et formalisé, risque de détourner de l'analyse, plus urgente, de la logique du langage commun : cette analyse peut seule donner au sociologue le moyen de redéfinir les mots communs à l'intérieur d'un système de notions expressément définies et méthodiquement épurées, tout en soumettant à la critique les catégories, les problèmes et les schèmes que la langue savante emprunte à la langue commune et qui menacent toujours de se réintroduire sous les travestis savants de la langue la plus formalisée. [...] Faute de soumettre le langage commun, instrument premier de la « construction du monde des objets », à une critique méthodique, on s'expose à prendre pour données des objets pré-construits dans et par le langage commun. Le souci de la définition rigoureuse reste vain et même trompeur tant que le principe unificateur des objets soumis à la définition n'a pas été soumis à la critique (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 2005, p. 36-37).

Alors qu'en est-il du terme médicalisation ? Quarante ans après son émergence dans la littérature sociologique, il nous est apparu essentiel de faire une mise au point en regard à la transformation de son champ sémantique et des différentes significations qui lui sont associées. L'enjeu clé de la compréhension d'un terme ne passe-t-il pas d'abord et avant tout par sa définition ? Le langage est, pour la sociologie comme pour toutes les autres disciplines, l'un des principaux outils mis à la disposition des chercheurs pour communiquer la connaissance et décoder la réalité qui les entoure. Que signifie donc le terme médicalisation ? Renvoie-t-il aujourd'hui aux mêmes référents sémantiques que lors de son inscription dans le vocabulaire sociologique au tournant des années soixante-dix ? Quelles transformations le champ sémantique de ce terme a-t-il subies au cours des dernières décennies ?

Notre objectif était donc de préciser, dans un premier temps, le champ sémantique du terme médicalisation depuis son émergence dans la littérature à caractère sociologique et d'en analyser la transformation. Nous souhaitons, dans un deuxième temps, en faire émerger les cadres sociologiques qui sous-tendent ses multiples interprétations, mais qui sont parfois plus ou moins explicitement identifiés par les auteurs eux-mêmes. Cet exercice d'identification et de clarification des significations attribuées au terme médicalisation et de ses cadres théoriques nous semblait primordial afin de refléter les diverses réalités et l'ensemble des mécanismes et enjeux que cette expression, si couramment utilisée, recouvre et pour ainsi permettre à ses utilisateurs d'en dégager une compréhension dotée d'une plus grande clarté, et possiblement davantage unifiée. Ainsi, cet exercice de clarification du champ sémantique a été dès le départ sous-tendu par deux questions fondamentales, c'est-à-dire :

1) *Quelles sont les significations mobilisées par le terme médicalisation et quelles transformations ont-elles subies depuis son émergence dans le vocabulaire sociologique il y a maintenant quarante ans ?*

2) *Quels cadres sociologiques investissent le champ sémantique du terme médicalisation depuis son émergence dans le vocabulaire sociologique ?*

Nous avons donc, pour répondre à ces questions, cherché à mettre à l'avant-scène le champ sémantique du terme médicalisation et ainsi recenser les multiples significations et cadres conceptuels qui y ont été associés au fil des dernières décennies, alors qu'un champ sémantique étendu comporte un risque élevé de résultats contradictoires inhérents au caractère polysémique d'un terme comme celui de médicalisation (qui, rappelons-nous, réfère autant à un processus et un phénomène social qu'à un concept sociologique). Ainsi, prévient Tremblay, « dans l'effort de spécification, le théoricien œuvre avec des concepts connus, déjà utilisés par d'autres chercheurs, c'est-à-dire liés à des options théoriques particulières. Il pourra ainsi [...] élargir la signification du concept en repérant et définissant des dimensions jusqu'alors inégalées » (1968, p. 58).

Aussi, ce repérage des significations et des cadres sociologiques ne pouvait garantir en aucun cas la validation ou l'invalidation de certaines des interprétations attribuées au terme médicalisation au cours de son histoire. Il est important de préciser que notre souci n'était pas tant d'atteindre l'exactitude sémantique, ou encore la proposition d'une nouvelle définition de la médicalisation, mais d'entrevoir la manière dont a été interprétée la médicalisation au cours des dernières décennies. Il s'agissait ainsi de positionner les différentes significations, mais aussi les enjeux et les mécanismes mobilisés par le terme médicalisation sur un même échiquier, et ce par la reconstruction de l'évolution de son champ sémantique et théorique. Il s'agissait ainsi davantage de traduire la diversité des significations associées à ce terme que de rendre compte de leur représentativité, par exemple statistique, dans la littérature sociologique.

Cet objet d'étude nous a aussi amenés à avancer l'hypothèse que, malgré la transformation du sens qui traverse inévitablement le vocabulaire sociologique au cours de son histoire, le terme médicalisation serait, depuis son émergence dans le champ de la sociologie et ce jusqu'à la période actuelle, principalement envisagé comme le produit de la colonisation du social par la médecine sur l'ensemble de la population vers laquelle elle oriente son intervention. Olivier Faure souligne qu'historiquement l'inscription des événements de la vie dans un cadre d'intervention médicale était susceptible



d'engendrer des visions contradictoires : la « légende noire » de la médicalisation qui met l'accent « sur le caractère contraignant, policier, voire totalitaire des politiques de santé, sur les comportements dédaigneux, méprisants, voire éradicateurs des médecins à l'égard des croyances et des habitudes populaires » (Faure, 1998, p. 59) s'oppose à la « légende rose », soit cette vision positive qui tend à idéaliser les médecins, les dépeignant comme des héros dotés de la plus grande vertu. Ainsi, la vision critique de la médicalisation, entrevue comme outil de contrôle social, devait donc, à notre avis, être la position la plus largement répandue dans la littérature sociologique, réduisant considérablement son expression positive, voire acritique. Pour le dire autrement, nous étions d'avis que, malgré la présence possible de quelques analyses plus nuancées des enjeux et implications de la médicalisation, ce terme serait, pour les différentes générations d'auteurs qui s'y sont intéressés, teinté d'un caractère particulièrement défavorable, dont les conséquences seraient fortement préjudiciables pour les individus et les communautés.

Aussi, toute expression sociologique est susceptible d'être marquée du sceau de l'ambiguïté, appréhendée à travers ses propres nuances, voire même des contradictions empiriques et des oppositions théoriques. Si le terme médicalisation est relativement jeune dans le paysage sociologique, il demeure néanmoins suffisamment expérimenté pour pouvoir donner lieu à de multiples interprétations dont certaines d'entre elles ont pu rapidement être exclues de la littérature sociologique alors que d'autres, au contraire, ont pu y occuper une place prédominante, dans un jeu de domination du sens. Cette recherche se voulait donc d'abord et avant tout un temps d'arrêt, une mise au point essentielle dans le cheminement de toute expression sociologique, qui ouvrira, espérons-le, sur une compréhension plus éclairée du terme médicalisation, ainsi que de ses enjeux et de ses mécanismes. En faisant ressortir les différents points de vue sur ce que représente la médicalisation et les cadres sociologiques qui la sous-tendent, nous avons non seulement été à même de mettre en lumière des tendances manifestées dans les discours, mais aussi de faire émerger les points de discordes entre les auteurs, et ce, sur une période de quatre décennies, période qui s'est avérée être extrêmement riche sur le plan des chambardements sociaux, et plus particulièrement à tout ce qui touche de près ou de loin la santé.

Aussi, alors que le terme médicalisation est plus que jamais présent dans la littérature sociologique, il est étonnant de constater que l'exercice de clarification sémantique que nous nous sommes proposés de réaliser dans le cadre de cette recherche – à savoir l'étude du champ sémantique et des cadres sociologiques associés au terme médicalisation depuis son émergence dans la littérature sociologique à la fin des années 1960 – ne semble pas avoir fait l'objet d'une étude aussi approfondie. Plutôt qu'un



bref tour d'horizon des transformations de ce terme comme nombre d'auteurs s'attardent à le faire, c'est un travail davantage en profondeur que nous avons envisagé de réaliser, comblant ainsi un manque certain dans la littérature sociologique.

Il va sans dire que la médicalisation est une thématique extrêmement vaste dont l'évolution aurait pu être entrevue par différents points d'entrée. L'ajout, dans notre corpus, d'études empiriques consacrées à la médicalisation de divers phénomènes sociaux, aurait eu certes l'avantage d'élargir notre spectre d'analyse du champ sémantique du terme médicalisation, alors que ces nombreuses études empiriques témoignent chacune à leur manière de l'articulation complexe entre les transformations sociales et l'appréhension des conceptions de la santé et de la maladie. Mais l'analyse des multiples représentations d'un terme ou d'un concept dans la réalité sociale peut-elle être complète si son sens même, ses particularités et ses soubassements théoriques n'ont pas fait l'objet d'un exercice préalable et approfondi de clarification sémantique et théorique ? Cette interrogation fondatrice nous a donc amenés à concentrer notre travail de recherche sur l'analyse des significations associées au terme même de médicalisation dans la littérature sociologique et de ses cadres théoriques sous-jacents. Il ne fait toutefois aucun doute que les significations et cadres sociologiques qui seront présentés dans les chapitres subséquents sont inévitablement influencés par le contexte, les préoccupations et normes sociales en vigueur, ainsi que la manière dont les diverses réalités individuelles et sociales ont été et sont prises en charge par l'institution médicale. Nous ne prétendons en aucun cas qu'il existe un modèle uniforme de médicalisation du social alors qu'au contraire les multiples processus qui mènent à la médicalisation des événements de la vie sont tous marqués par des différences notables. Malgré cette mise en garde, nous croyons qu'il est possible de dégager une analyse commune des mécanismes, enjeux et acteurs qui sont mobilisés depuis quarante ans par le terme médicalisation dans la littérature sociologique. Aussi, il ne s'agit pas de proposer une nouvelle définition de la médicalisation, mais de profiter de ce temps d'arrêt analytique pour apporter un éclairage contemporain au terme médicalisation et, par la même occasion, revisiter ses fondements épistémologiques et théoriques.

### 3.3 La démarche méthodologique : réflexion épistémologique et analyse de contenu

Partir à la recherche des significations actuelles et passées d'un terme comme celui de la médicalisation, c'est aussi chercher à reconstruire le contexte théorique et discursif qui a contribué à son émergence et à orienter son cheminement. Ce détour épistémologique est essentiel en sociologie pour saisir les conditions d'émergence et les postulats théoriques qui sous-tendent le vocabulaire étudié. « L'épistémologie étudie la structure, la portée, les limitations et les modalités d'évolution du

langage [...] et propose de nouveaux a priori destinés à favoriser une amélioration de la qualité globale de l'explication » (Piaser, 1994, p. 1). Le déploiement d'un terme dans une discipline scientifique ne peut se faire de façon unilatérale et monotone, naviguant entre les mutations de ses référentiels théoriques et la discontinuité certaine de ses phases. Le travail épistémologique consiste donc à retracer les étapes de formation d'un terme alors que s'intéressant à leur naissance et emploi dans la littérature, l'épistémologie « suit les démarches du savoir, qui passe de l'état prospectif ou conjectural à l'état descriptif et assertif » (Mouloud, 1976, p. 244).

Si l'épistémologie peut prendre la forme d'une réflexion analytique et critique sur les domaines scientifiques en soi, elle peut aussi être entrevue plus globalement comme l'analyse des conditions constitutives des connaissances, termes et concepts figurant à l'intérieur même de ces champs scientifiques (Berthelot, 2001). C'est davantage ce deuxième angle qui a guidé notre travail de recherche alors que cette vigilance épistémologique est pour nous, comme pour tout chercheur, un instrument privilégié nous permettant d'accroître et de préciser l'ensemble des significations et cadres sociologiques au service du terme médicalisation. La réflexion épistémologique, telle que celle qui sous-tend notre travail de clarification du champ sémantique, permet ainsi surtout de mettre en lumière les présupposés inconscients des traditions théoriques qui supportent l'émergence et le développement de tout vocabulaire sociologique, dont celui de médicalisation (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 2005). Et seule une validité empirique et théorique ne saurait détacher tout objet sociologique « des fausses évidences du sens commun et [...] éviter les pièges de la sociologie spontanée et les illusions de la transparence » (Olivier de Sardan, 2008, p. 299).

Plus concrètement, l'étude du champ sémantique et des cadres sociologiques d'un terme comme celui de la médicalisation ne saurait se faire sans une analyse approfondie de la littérature sociologique qui en fait usage. Alors que les objets de recherche imposent de par leur nature certains types de cheminement et méthodes particulières, il nous a semblé devoir appuyer notre objet de recherche sur une analyse de contenu, ce qui correspond, à nos yeux, à la méthode la plus appropriée pour nous permettre de répondre à nos questions de départ. Cette méthode permet de découper le matériau de recherche en différents axes selon les idées véhiculées et recensées dans le corpus constitué spécifiquement pour l'occasion, mais aussi – et pour éviter l'éparpillement du chercheur – selon les questions et hypothèses de recherche (Grawitz, 1996). Ce découpage d'idées, voire cette atonisation de la communication, permet, selon Bardin (1991), d'accéder aux multiples interprétations d'une même terminologie, comme celui de la médicalisation, et de ses diverses nuances, qu'elles soient anecdotiques ou fondamentales dans l'évolution de cette dernière. Ainsi, l'isolation des idées et leur

catégorisation sont des étapes essentielles afin d'assurer une mise en perspective et la relecture d'un terme qui autrement ne pourrait avoir lieu.

Très précisément, la conduite de l'analyse sémantique va mobiliser de l'intérieur, et en quelque sorte dégeler, les facteurs de la consistance des formes signifiantes. Les expressions théoriques n'ont pas leur justification dans des codes fermés. Elles réclament des ajustements entre des langues dont les types formels sont plus ou moins complexes, ou entre celles-ci et des modèles plus ou moins riches; elles résultent du concours de multiples destinations et de multiples usages (Mouloud, 1976, p. 242).

Inventaire, dénombrement, caractérisation, codification, recherche de relations et de corrélations, compréhension du sens, recherche d'analogies et hiérarchisation du sens sont au nombre des multiples opérations intellectuelles nécessaires à la réalisation d'une analyse de contenu, chargée d'exploiter au maximum les données informationnelles regroupées pour l'occasion (Mucchielli, 2005). Mais si l'analyse de contenu exige une capacité d'abstraction, d'induction et de classement, il serait faux de croire, selon Berthelot (2001), que ces modes opératoires servent d'abord et avant tout à « faire parler » des données jusqu'alors muettes. Le corpus, même s'il est constitué spécifiquement pour l'occasion, regroupe des documents et des données ayant une existence propre qui remonte à des époques historiques dont la conjoncture peut s'avérer parfois être très diversifiée. C'est davantage leur sélection et mise en relation qui constitue la nouveauté que leur trajectoire jusqu'alors individuelle.

[...] les données relèvent d'une mise en forme à travers des catégories et des relations déterminées : répartitions statistiques, descriptions d'interaction, etc. [...] les matériaux du chercheur peuvent être aussi bien « donnés » que « construits ». Dans les deux cas, ils sont structurés, « parlent », suggèrent des raisons, des mécanismes. [...] Le travail de l'analyse [est] d'opérer des confrontations entre des données, *déjà signifiantes et organisées*, et une structure d'explication possible (Berthelot, 2001, p. 488).

Il va donc sans dire que faire émerger le sens d'un terme passe donc en premier lieu par la mise en lumière des « manières de penser » (Pirét, Nizet, Bourgeois, 1996, p. 7) des utilisateurs de ce vocabulaire, de leurs schémas d'interprétation qui, tout comme l'analyse qui s'en dégage, sont constitués « d'un ensemble limité de position et représente un compromis ontologique, épistémologique et méthodologique » (Paillé, Mucchielli, 2008, p. 65). C'est assurément ce que nous avons essayé de faire par l'analyse du champ sémantique et des cadres sociologiques mobilisés par le terme médicalisation et révélés à même un corpus constitué spécifiquement pour répondre à nos questions et hypothèses de recherche.

### 3.3.1 Les modalités de sélection du corpus

Le paradoxe inhérent à la constitution d'un corpus est sans contredit lié à la place importante laissée à l'improvisation dans le choix du matériau utilisé, alors que cette démarche appelle également à procéder par systématisation afin d'en assurer la plus grande rigueur méthodologique possible. Toute enquête de terrain est marquée par un fort degré d'itération, c'est-à-dire un mouvement continu d'allers et retours dans chacune des étapes de la recherche, de l'élaboration de la problématique en passant par la constitution du corpus de données et l'interprétation des résultats. Le chercheur procède donc souvent par « buissonnement » alors que de nouvelles pistes, catégorisations et interrelations ne cessent d'émerger en cours de route, complexifiant parfois, voire même souvent, le travail du chercheur. Pour Olivier de Sardan, « la dynamique de l'enquête suscite son propre cheminement, largement imprévisible au départ [...]. L'enquête de terrain s'adapte donc aux divers circuits sociaux locaux, à leur complexité, à leurs imbrications, à leurs distorsions. Elle n'a rien de linéaire » (2008, p. 83). Ce réaménagement perpétuel du projet de recherche et de ses différentes étapes s'actualise ainsi au fil des découvertes, impliquant d'abord et avant tout la renégociation constante des termes de la recherche en cours. Mais si l'improvisation fait inévitablement partie de la réalité du chercheur, il n'en demeure pas moins qu'elle doit toujours s'accompagner d'une rigueur méthodologique, assurée notamment par un processus continu de réflexion sur les choix relatifs à l'organisation, la production et l'interprétation des données de recherche.

C'est ainsi que nous avons dû prendre des décisions stratégiques pour répondre aux exigences découlant de notre objet de recherche qui est, rappelons-le, l'examen du champ sémantique et des cadres sociologiques mobilisés par le terme médicalisation depuis son émergence dans la littérature sociologique il y a maintenant une quarantaine d'années. Les usages de ce terme sont nombreux en sociologie et peuvent, comme nous l'avons mentionné, s'appliquer par exemple autant à des événements de la vie ou des problématiques particulières qu'à des groupes sociaux spécifiques, d'autant plus que la médicalisation fait également référence à la fois à un phénomène, un processus et un concept.

Pour notre part, nous avons délibérément choisi d'analyser les ouvrages consacrés entièrement ou en majeure partie à la compréhension des significations du terme médicalisation. Ainsi, seules les publications à caractère sociologique et portant sur le terme même de médicalisation ont été retenues aux fins d'analyse. Leurs auteurs, sans être obligatoirement sociologues de formation, devaient néanmoins procéder à une réflexion de nature sociologique en exposant les différentes dimensions de



la médicalisation, ses enjeux et ses mécanismes sociaux. Ce critère de sélection nous a permis d'élargir notre horizon de recherche en intégrant au corpus des ouvrages qui autrement n'auraient pu être sélectionnés si nous nous étions uniquement appuyés sur des écrits explicitement sociologiques. Mais surtout, il nous a aussi forcément permis de restreindre largement notre corpus en évitant les travaux de recherche portant sur la médicalisation d'une problématique ou clientèle spécifique. Nous ne cherchions pas, tel que mentionné, à recenser les domaines d'application et les usages empiriques du terme médicalisation, mais plutôt à mettre en lumière ses différentes significations et la transformation de son champ sémantique, d'où l'importance de sélectionner rigoureusement les publications qui ont constitué notre corpus d'analyse.

Par ailleurs, si quelques mémoires et thèses ayant pour principal objet de recherche la médicalisation ont été publiés en sociologie et dans des domaines connexes au cours des dernières décennies, nous avons préféré ne pas les inclure dans notre corpus pour éviter les dédoublements. D'ailleurs, aucun de ces mémoires ni aucune de ces thèses ne proposait un exercice de clarification du champ sémantique de la médicalisation comme nous avons entrepris de faire, proposant davantage des synthèses, de qualité et d'ampleur différentes, des principaux écrits sur le sujet. Il faut ajouter, à toute fin pratique, qu'en plus, toutes les publications sélectionnées devaient avoir été rédigées en français ou en anglais, ce qui, à l'occasion, nous a forcés d'exclure certains documents qui, selon la seule traduction de leur titre, auraient pu s'avérer pertinents pour notre projet de recherche, mais qui n'étaient pas disponibles dans l'une ou l'autre de ces langues d'usage.

C'est ainsi que nous avons donc par la suite sélectionné plusieurs bases de données et catalogues de publications dans le domaine académique des sciences sociales afin de constituer notre corpus de textes. Nous avons donc consulté pour ce faire de nombreux répertoires dont les principaux sont sans contredit *Worldcat*, *Scopus*, *CAIRN*, *CSA*, *JSTOR* et *PubMed*. Tous ces répertoires comprennent chacun des milliers de références, d'autant plus qu'il arrive régulièrement qu'un même document soit inscrit dans plus d'une base de données. À ce titre, *Worldcat* est assurément l'un des plus importants catalogues alors qu'il recense à lui seul près d'un milliard et demi de documents inscrits dans les répertoires de plus de 10 000 bibliothèques partout au monde. Cet outil permet ainsi de repérer facilement du matériel de bibliothèque, c'est-à-dire des livres, articles, mémoires et thèses, etc. *Scopus*, *CSA* et *JSTOR* sont également d'importantes bases de données internationales qui répertorient à elles seules des milliers de périodiques dans de multiples disciplines. En raison de notre objet de recherche, nous y avons restreint notre sélection au domaine des sciences humaines et sociales, ce qui comprend la sociologie et diverses disciplines connexes (anthropologie, étude des femmes, travail social, etc.).



*CAIRN* est aussi une base de données bibliographiques, à la différence qu'elle se consacre entièrement à la diffusion, en version intégrale, de revues en sciences humaines et sociales francophones. Finalement, *PubMed*, qui est certainement l'un des répertoires les plus connus, comprend à lui seul plus de 20 millions de références dans le domaine des sciences de la santé ce qui inclut, mais pas exclusivement, des ouvrages à caractère sociologique auxquels nous nous sommes restreints.

Dès le départ, nous aurions souhaité, par l'entremise de chacune de ces bases de données, pouvoir sélectionner les publications de notre corpus en fonction du nombre de récurrences des expressions *médicalisation*, *medicalisation* ou *medicalization*<sup>2</sup>, selon l'hypothèse que l'abondante présence de ce terme dans un même texte aurait pu laisser présager un apport important des auteurs à sa compréhension. En l'absence de cette possibilité – alors que la majorité des répertoires en sciences sociales ne recensent que le titre, les mots clés et le résumé des publications – nous avons été obligés d'inscrire pour seul critère de recherche la présence des expressions *médicalisation*, *medicalisation* ou *medicalization* dans le titre, et/ou le résumé, et/ou les mots clés de la publication (ou le texte intégral lorsque disponible), et ce pour chacune des années répertoriées (1968 à 2009). Il va sans dire que des milliers de références ont été générées avec ces critères relativement peu restrictifs, ce qui demeure malgré tout proportionnellement peu élevé compte tenu du nombre total important de documents répertoriés par chacun de ces index. Le tableau et le graphique suivants présentent un sommaire du nombre de références obtenues pour chacune des principales bases de données consultées, selon les années de publications.

**Tableau 3.1**  
Nombre de références générées selon  
les principales bases de données consultées, décembre 2009

| DÉCENNIES | CAIRN | WORLDCAT | PUBMED | JSTOR | CSA  | SCOPUS |
|-----------|-------|----------|--------|-------|------|--------|
| 1968-1979 | 0     | 51       | 14     | 96    | 51   | 68     |
| 1980-1989 | 1     | 173      | 90     | 448   | 258  | 201    |
| 1990-1999 | 5     | 551      | 238    | 857   | 409  | 422    |
| 2000-2009 | 1178  | 1518     | 436    | 819   | 715  | 1089   |
| TOTAL     | 1184  | 2293     | 778    | 2220  | 1433 | 1780   |

\* Critères de recherche : présence des expressions *médicalisation*, *medicalization* ou *medicalisation* dans le titre, et/ou le résumé, et/ou les mots clés de la publication (ou le texte intégral, lorsque disponible).

<sup>2</sup> En anglais, le terme *médicalisation* peut s'écrire de deux façons, soit *medicalization*, selon l'usage courant au Canada et aux États-Unis, ou *medicalisation*, selon l'usage britannique.

À la lumière des données présentées ci-dessus, on remarque d'entrée de jeu le grand nombre de références à l'expression médicalisation (medicalisation ou medicalization) dans plusieurs bases de données. Notre travail a alors consisté à déceler les ouvrages dont les auteurs non seulement faisaient usage du terme médicalisation, mais qui surtout y apportaient une attention particulièrement approfondie cherchant à en déceler les mécanismes, les enjeux et les significations. C'est donc dire qu'après ce premier repérage dans la littérature en sciences sociales, chacune des quelques milliers de références recensées a par la suite été passée en revue individuellement pour un premier tri sommaire des publications potentiellement susceptibles de nous guider dans l'analyse du champ sémantique du terme médicalisation. Pour réaliser ce premier triage, nous nous sommes basés essentiellement sur le titre du document et, au besoin, sur les mots clés et le résumé (lorsque disponible). Plusieurs références ont dès cette étape été exclues de notre corpus parce que les informations à leur sujet nous laissaient présumer que ces documents ne permettraient pas d'approfondir notre compréhension du sens associé au terme médicalisation, ces documents étant généralement orientés vers l'analyse d'une problématique de santé particulière. En voici quelques exemples : *The medicalization of cyberspace* (Miah et Rich, 2008), *La douleur : expérience et médicalisation* (Fondras, 2009), *La médicalisation de la sexualité : fausses questions et vrais enjeux* (Giami, 2009). Aussi, les bases de données n'étant pas mutuellement exclusives, de nombreuses références représentaient tout simplement des doublons. Sur la base de ces principales raisons, un grand nombre de références ont ainsi rapidement été écartées de notre corpus, contribuant à réduire drastiquement le nombre de références potentielles.

Sur la base du titre du document et, le cas échéant, de son résumé, une première liste de références potentiellement pertinentes pour notre corpus a ainsi été développée. Cette dernière comptait près de 200 documents. Il s'en est alors suivi un long travail de recherche documentaire, qui s'est poursuivi sur plusieurs semaines, pour repérer la version intégrale de chacun des documents ciblés. Malgré quelques exceptions, la grande majorité des ouvrages ont pu être consultés, dans certains cas en version électronique par l'entremise notamment du moteur de recherche Google Scholar ou bien directement sur les sites Internet des revues scientifiques. Toutefois, la majorité de ces publications ont surtout été consultées en version originale alors que plusieurs de ces documents ont été publiés avant les années 1990 et qu'encore peu d'entre eux ont fait l'objet d'un travail de numérisation. Les services bibliothécaires des universités montréalaises, mais aussi de l'extérieur de la province et du pays ont été mis à contribution pour retracer et faire venir plusieurs de ces ouvrages. Aussi, il est important de mentionner que les bibliographies de chacun des documents recensés ont également été consultées, ce qui nous a, à quelques occasions, permis d'y repérer des publications qui autrement seraient passées

inaperçues. De plus, deux documents électroniques non datés ont été ajoutés au corpus vu leur pertinence pour notre analyse<sup>3</sup>.

Une fois ces quelque 200 documents réunis, nous en avons procédé à une première lecture sommaire. Il est à noter que la nature, le format et la taille de tous ces documents étaient très variables, certains d'entre eux étant très succincts (mot de l'éditeur, réponse à un article publié précédemment, résumé de livre) alors que d'autres étaient particulièrement élaborés. Cette première lecture nous a tout de même permis soit de confirmer la présence de ces documents au sein de notre corpus, ou de les y exclure. Encore une fois, notre principal critère était que les ouvrages retenus devaient contribuer à clarifier les significations du terme médicalisation par l'analyse notamment de ses mécanismes et enjeux. Il va sans dire que cette étape, cruciale pour tout projet de recherche, a été ponctuée de nombreuses réflexions sur la pertinence ou non de chacun des documents recensés. Les décisions ont, à de nombreuses reprises, été remises en question dans un mouvement de va-et-vient sans cesse constant et toujours présent en recherche sociale. Mais, dans l'ensemble, plusieurs raisons ont pu justifier l'exclusion de nombreux documents, à savoir : 1) les ouvrages consultés, bien qu'utilisant le terme médicalisation et parfois même à plusieurs reprises, n'en proposaient pas une analyse suffisamment approfondie pour pouvoir y mettre au jour ses multiples significations, enjeux, mécanismes et cadres d'interprétation; 2) les ouvrages consultés se concentraient majoritairement à l'analyse de la médicalisation d'une problématique de santé ou d'une clientèle spécifique; et 3) les ouvrages consultés ne proposaient pas une analyse à caractère sociologique du terme médicalisation alors que plusieurs auteurs s'inscrivaient davantage par exemple dans une réflexion de nature historique ou encore épidémiologique. Ces documents ne se sont donc pas avérés pertinents en regard à notre objet de recherche qui visait d'abord et avant tout à cerner les significations du terme médicalisation et les cadres sociologiques qui les sous-tendent. Ce long travail de sélection, qui a duré plusieurs semaines également, nous a tout de même permis de faire la connaissance d'auteurs au propos fort pertinent et au point de vue parfois divergent et ainsi constituer notre corpus.

Notre corpus final regroupait donc 96 références constituées en grande majorité d'articles, de livres et de chapitres de livre, tous publiés entre 1968 et 2009. La liste complète des publications constituant notre corpus est disponible à la fin de la thèse. Il est aussi à noter que dans le but de faciliter l'analyse

---

<sup>3</sup> Il s'agit de deux documents (Aïach, s.d.; Aïach, Menou et Drulhe, s.d.) rédigés par certains des auteurs Français les plus prolifiques sur le terme médicalisation. Ces documents ont d'ailleurs été repérés dans Internet à l'occasion d'une recherche d'informations sur Pierre Aïach.

de ces documents – vu leur nombre imposant et leur format différent –, ces derniers ont tous été regroupés sous forme électronique, ce qui a nécessité un travail de numérisation considérable qui a duré à lui seul aussi plusieurs semaines. Plusieurs centaines de pages ont ainsi été générées, ce qui avait l'avantage de regrouper en un seul document tout le corpus à analyser. Les tableaux et graphiques suivants dressent un portrait des 96 documents rédigés par 105 auteurs différents et qui ont été sélectionnés aux fins d'analyse dans le cadre de cette recherche.

**Tableau 3.2**  
Nombre de références consultées selon leur année de publication

| Année de publication | Nombre de références consultées | Pourcentage |
|----------------------|---------------------------------|-------------|
| 1968-1979            | 9                               | 9 %         |
| 1980-1989            | 11                              | 12 %        |
| 1990-1999            | 14                              | 15 %        |
| 2000-2009            | 60                              | 64 %        |
| TOTAL                | 94                              | 100 %       |

\* Les deux références manquantes sont celles non datées disponibles uniquement dans Internet.

Le tableau 3.2 présente le nombre de références du corpus selon leur année de publication. On remarque une recrudescence du nombre de documents consacrés à la compréhension du terme médicalisation, et ce, principalement au cours de la dernière décennie, c'est-à-dire entre 2000 et 2009. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit là des seules publications à avoir été retenues aux fins d'analyse puisque la littérature à caractère sociologique comprend un nombre beaucoup plus important de documents qui utilisent le terme médicalisation ou qui font référence à des thématiques qui touchent, de près ou de loin, la médicalisation. Nous avons limité notre corpus à 96 documents, selon leur degré de pertinence en regard à notre objet de recherche.

**Tableau 3.3**  
Nombre de références consultées selon le type de publication

| Type de publication | Nombre de références consultées | Pourcentage |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Article             | 69                              | 72 %        |
| Chapitre de livre   | 14                              | 15 %        |
| Livre               | 10                              | 10 %        |
| Autre               | 3                               | 3 %         |
| TOTAL               | 96                              | 100 %       |



Il est intéressant de constater la diversité des publications consultées dans le cadre de cette recherche quant à leur nature, format et taille. Par exemple, notre corpus regroupe aussi bien des articles scientifiques plus traditionnels que des essais ou encore des actes de colloque et des numéros spéciaux de revue. Aussi, si certains de ces documents sont très succincts, d'autres sont particulièrement élaborés. Toutefois, il ne faut en aucun cas s'arrêter au format ni à la taille des documents sélectionnés pour juger de leur qualité et pertinence. Chacune de ces publications s'est avérée essentielle pour comprendre le champ sémantique mobilisé par le terme médicalisation au cours de ses quarante années d'existence.

**Tableau 3.4**  
Nombre d'auteurs différents consultés  
selon leur nombre de publications

| Nombre de publications consultées par auteurs | Nombre d'auteurs | Pourcentage |
|---|------------------|-------------|
| 1 publication                                 | 87               | 84 %        |
| 2 publications                                | 13               | 12 %        |
| 3 publications                                | 2                | 2 %         |
| 4 publications                                | 2                | 2 %         |
| 5 publications                                | 0                | 0 %         |
| 6 publications                                | 0                | 0 %         |
| 7 publications                                | 1                | 1 %         |
| TOTAL   | 105              | 100 %       |

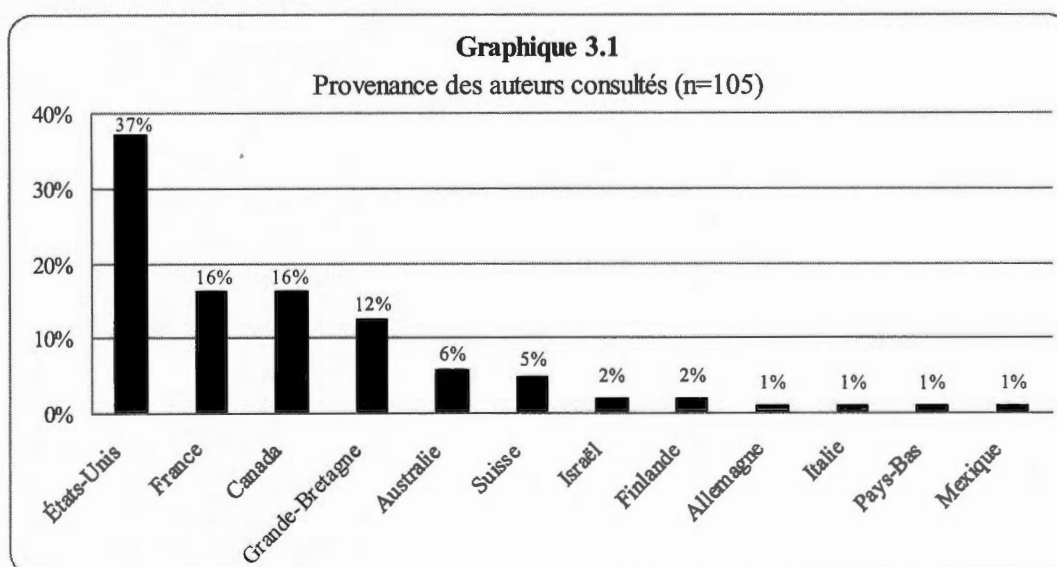
Selon le tableau précédent, la majorité des auteurs consultés n'ont vu qu'une seule de leur publication être retenue aux fins d'analyse, ce qui ne veut toutefois pas dire qu'ils aient une seule publication scientifique à leur actif, ni même une seule publication dans laquelle ils font usage du terme médicalisation. Aussi, peu d'auteurs semblent avoir consacré presque l'entièreté de leur carrière à la compréhension du terme médicalisation. Quelques exceptions méritent d'être soulignées : Peter Conrad, de l'Université John Hopkins aux États-Unis, s'intéresse de près à la question de la médicalisation du social depuis maintenant plus de trente-cinq ans. Il a publié de nombreux livres et articles sur la médicalisation, qui sont encore aujourd'hui abondamment cités, notamment par les autres auteurs de notre corpus. Du côté de la France, Pierre Aïach, de l'*Institut national de la santé et de la recherche médicale*, fait aussi état de figure de proue dans ce domaine alors qu'il a activement participé à une meilleure compréhension de ce processus, phénomène et concept au cours des dernières années. Mais c'est sans doute Ivan Illich qui a le plus marqué la communauté scientifique avec la publication en 1975 de son essai *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Ce livre « coup de



poing » a sans contredit ébranlé les convictions de nombreux auteurs – au point où certains ont choisi de caricaturer la posture d’Illich dans leur propre article, comme nous le verrons plus loin – mais a aussi su inspirer plusieurs générations de sociologues qui encore aujourd’hui véhiculent des idées similaires.

**Tableau 3.5**  
Nombre de références consultées selon la langue de publication

| Langue de publication | Nombre de références consultées | Pourcentage |
|-----------------------|---------------------------------|-------------|
| Anglais               | 62                              | 65 %        |
| Français              | 34                              | 35 %        |
| TOTAL                 | 96                              | 100 %       |



Finalement, le tableau 3.5 et le graphique précédent nous renseignent sur la langue dans laquelle les ouvrages sélectionnés ont été publiés et sur la provenance des auteurs, selon leur université d’attache lorsque l’information était disponible, ou si non, selon leur nationalité. On remarque la prédominance des publications de langue anglaise alors que la moitié des auteurs consultés provenaient des États-Unis ou de la Grande-Bretagne. Fait à noter, le représentant du Mexique n’est nul autre qu’Ivan Illich qui, malgré ses origines viennoises, a choisi de s’installer à Cuernavaca où il a cofondé le *Center for Intercultural Documentation*. Aussi, pour des raisons pratiques, nous avons dû nous limiter aux

publications rédigées en français ou en anglais uniquement, bien que de par leur titre et résumé (qui sont parfois traduits en anglais dans les répertoires), d'autres sources documentaires auraient possiblement été pertinentes en regard à notre objet de recherche.

D'ailleurs, il va sans dire que, comme tout travail de recherche, notre méthodologie comporte des limites importantes qu'il nous faut préciser. Malgré la rigueur théorique et empirique que nous avons tenté d'insuffler à notre projet de recherche, des contraintes, parfois hors de notre contrôle, sont survenues. Une première contrainte, et non la moindre, à laquelle nous avons dû faire face, est celle de l'étendue de la littérature sur la médicalisation. Notre objet de recherche, comme tout objet de recherche, est le fruit de choix stratégiques, dont en premier lieu celui d'avoir choisi d'étudier le champ sémantique et les cadres sociologiques associés au terme médicalisation. Il va ainsi sans dire que nos critères de sélection du corpus ont été définis en fonction des questions de recherche qui ont guidé notre travail d'analyse.

L'utilisation de critères comme celui de la présence des expressions *médicalisation*, *medicalisation* ou *medicalization* dans le titre, et/ou les mots clés, et/ou le résumé des publications a très certainement exclu de notre corpus bon nombre d'ouvrages dédiés à l'analyse de thématiques connexes à la médicalisation, mais dont les auteurs n'utilisent pas comme tel le terme médicalisation, soit pour des raisons de choix théoriques ou sémantiques ou encore tout simplement parce que ces publications ont été rédigées avant l'entrée en vigueur de ce terme dans la littérature sociologique. Mais à défaut d'avoir pu nous éloigner de documents sociologiques potentiellement pertinents pour notre recherche, nos critères de sélection nous ont favorablement permis de ne pas être submergés par un nombre imposant de publications, et ce notamment dans un contexte où les questions de santé et de maladie ne cessent de prendre de l'ampleur dans le champ de la sociologie. Aussi, malgré tous nos efforts, il nous a été impossible d'avoir accès à la version intégrale de certaines publications, soit parce qu'elles ont été rédigées dans une langue autre que le français ou l'anglais, ou pour des raisons d'accessibilité des revues ou des livres, ce qui a aussi quelque peu limité notre corpus de textes.

### 3.3.2 Les modalités d'analyse du corpus

La collecte des données et la mise en forme d'un corpus ne sont que quelques-unes des nombreuses étapes – mais non les moindres – du travail de recherche. Ayant en main les 96 références sélectionnées, nous avons entrepris, par leur lecture et relecture, un travail complexe de catégorisation, d'analyse et d'interprétation. Ce travail a permis de mettre en évidence les significations, et leurs

multiples transformations, qui constituent le champ sémantique du terme médicalisation et, par le fait même, de mettre au jour les cadres sociologiques qui les sous-tendent. Comme pour chacune des étapes de la recherche, celle-ci a été ponctuée de moments de réflexion, de choix déchirants, de remises en question des décisions et de reconfigurations des résultats, démarche tout à fait nécessaire dans le cadre d'un travail de recherche.

À la tentation toujours renaissante de transformer les préceptes de la méthode en recette de cuisine scientifique ou en gadgets de laboratoire, on ne peut opposer que l'entraînement constant à la vigilance épistémologique qui, subordonnant l'utilisation des techniques et des concepts à une interrogation sur les conditions et les limites de leur validité, interdit les facilités d'une application automatique de procédés éprouvés et enseigne que toute opération, si routinière soit-elle, doit être repensée, tant en elle-même qu'en fonction du cas particulier (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 2005, p. 16).

Cette mise en garde nous amène à repenser le traitement réservé à l'information sociologique qui, qu'elle soit de nature qualitative ou quantitative, est recueillie en vue de répondre à un questionnement sociologique. Les processus de description, d'interprétation et de compréhension font inévitablement partie du travail du sociologue, constituant ses outils de base pour dégager le sens des phénomènes sociaux, alors que pour Jean-Pierre Olivier de Sardan, « décrire le monde et l'interpréter [relève] d'un seul et même processus, nommé souvent "compréhension" [...] » (2008, p. 134). Il faut par ailleurs éviter de penser que l'information sociologique recueillie ne se suffit pas à elle-même, attendant le travail de réflexion du chercheur pour prendre forme. Au contraire, toutes ces données s'inscrivent dans une réalité sociale qui précède l'arrivée du sociologue. Les données recueillies sont déjà agencées selon une séquence qui leur est propre, qu'il s'agit dans un premier temps de mettre au jour. Ainsi, « le chercheur a donc en face de lui un flux social déjà prédécoupé sur lequel il peut s'appuyer. Mais lui aussi produit, ou rajoute, du découpage » (Olivier de Sardan, 2008, p. 147).

Si ces exercices de description, catégorisation, comparaison et interprétation, bref de compréhension du social, inhérents au travail de recherche peuvent être parfois vertigineux, il n'en demeure pas moins que les esquisses condamnerait les sociologues au silence, ou du moins à une méconnaissance certaine de leurs propres discours et cadres interprétatifs (Passeron, 1991). Cette obligation qui permet ainsi de faire sens des données regroupées sous-tend donc inévitablement une prise de risque. « Pas de socio-anthropologie sans recherche de facteurs plus ou moins dominants [...], sans recherche de cohérence [...], sans traduction [...], sans généralisation [...], sans recherche de sens "non-visibles" [...] » écrivait d'ailleurs Olivier de Sardan (2008, p. 291). Les pièges associés à ce risque interprétatif sont néanmoins nombreux et la tentation est grande de se laisser entraîner vers une surinterprétation des données ou leur mésinterprétation, et ce d'autant plus que l'équilibre entre la singularisation et la

généralisation, la cohérence et le cas particulier, l'émergence du sens caché et la désinformation, est si précaire. Mais « sans prise de risque interprétatif, il n'est pas de sciences sociales [...]. On ne voit guère qu'indéfinissable mélange de *métier* et de *vigilance empirique* qui puisse préserver des pièges les plus visibles [...] du fait qu'il n'y a ni règles formelles ni procédures méthodologiques dont le respect permettrait d'interpréter en toute sécurité » (Olivier de Sardan, 2008, p. 290-292).

Le débat, par la mise en relation des discours, demeure ainsi l'une des armes les plus efficaces à la disposition du sociologue afin de s'assurer, dans la mesure du possible, de la plus grande rigueur possible, qu'il s'agisse autant d'une *rigueur logique* découlant de l'interprétation théorique proposée par le chercheur, que d'une *rigueur empirique* découlant de l'adéquation entre les informations sociologiques recueillies et analysées et leur « réel de référence » que le chercheur se propose de saisir (Olivier de Sardan, 2008). À condition, bien entendu, d'accorder une place suffisante et adéquate à tous les protagonistes du débat, c'est-à-dire de leur accorder une « égalité cognitive » et de mettre sous les projecteurs leurs arguments. Il faut en fait surtout s'efforcer de mettre en évidence leurs logiques sociales respectives, alors qu'inévitablement, comme lors de n'importe quel exercice de clarification sémantique, des auteurs mettront de l'avant des discours nuancés, voire même des visions parfois aux antipodes.

Aussi, il est essentiel d'entamer l'exercice par une catégorisation des informations recueillies, au risque dans le cas contraire de se noyer dans un océan de données et de mise en relations possibles, et surtout de laisser de côté des indices importants. Ce découpage est d'autant plus nécessaire que « toutes les opérations de la pratique sociologique [...] sont autant de théories en acte, au titre de procédures de construction, conscientes ou inconscientes, des faits et des relations entre les faits » (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 2005, p. 59). Il en émerge ainsi plusieurs regroupements qui collectivement font sens, alors que prises individuellement toutes ces données auraient été diluées dans un flot incessant d'information.

Notre corpus sur le terme médicalisation, constitué de 96 publications à caractère sociologique éditées entre 1968 et 2009, a ainsi été finement scruté en mettant de l'avant une analyse de contenu en plusieurs axes. Un premier découpage s'est d'abord imposé sur le plan thématique, faisant ressortir les conceptions et interprétations des nombreux auteurs consultés, et ce tant en regard à leur vision de la médicalisation qu'à la terminologie diversifiée adoptée par ces derniers. Ce travail d'analyse nous a permis non seulement de faire émerger les multiples significations associées au terme médicalisation telles qu'elles ont été véhiculées au cours des quarante dernières années, mais aussi de rendre compte

de leur évolution et des diverses mutations qui se sont inévitablement opérées au cours de cette période historique empreinte d'une grande richesse tant sur le plan des réflexions sociologiques que des bouleversements sociaux, politiques et économiques.

Notre corpus s'est ainsi révélé riche en information, en nous renseignant, selon les thématiques que nous avons pu y dégager, à la fois sur les divers mécanismes et modes opératoires de la médicalisation (dont notamment l'expansion du domaine médical, l'extension du champ de compétence des médecins et le mouvement de pathologisation généralisée du social, etc.), que sur les nombreux acteurs impliqués dans l'orientation de ce processus et phénomène, c'est-à-dire la profession médicale certes, mais aussi les patients, l'industrie pharmaceutique, les États, les assureurs privés, le secteur des médecines alternatives, ou encore les sociologues eux-mêmes.

De plus, nous avons souhaité faire ressortir divers éléments contextuels que les auteurs retenus ont jugé essentiel de tenir compte dans leurs propres analyses de la médicalisation, s'avérant particulièrement pertinent pour mieux comprendre l'évolution de son champ sémantique au fil du temps. Trois éléments contextuels se sont particulièrement illustrés dans les documents consultés, soit d'une part la démocratisation récente de l'information médicale par notamment l'utilisation grandissante des technologies de l'information, les rapides développements biotechnologiques et génétiques qui, régulièrement, changent le visage du secteur de la santé, et finalement la mise en place d'un imposant complexe médico-industriel dont les ramifications ne cessent de proliférer. Ces diverses dimensions associées au terme médicalisation sont présentées en détail dans les chapitres suivants, soit les chapitres IV, V et VI.

L'émergence de ces différents pôles et regroupements thématiques nous a ainsi permis de dégager les éléments constitutifs du terme médicalisation dans la littérature sociologique, mais aussi de les envisager selon la période historique à laquelle ils sont rattachés. Ainsi, un deuxième découpage, chronologique, se dessinait parallèlement comme trame de fond à cette analyse thématique. Il faut toutefois noter que les regroupements thématiques ont souvent eu préséance sur l'analyse chronologique, notamment dans les cas où une thématique a été relativement peu abordée par les auteurs de notre corpus ou encore que des auteurs, à des années d'écart, aient pu exprimer des idées similaires, complémentaires, ou encore diamétralement opposées. Ainsi, il nous est souvent arrivé de privilégier les catégorisations thématiques à un ordre chronologique strict, en jumelant des auteurs de différentes générations selon leur point de vue exprimé et les idées véhiculées.



Aussi, il va sans dire que ce travail de découpage thématique et de compréhension du sens du terme médicalisation s'est avéré particulièrement complexe, vu d'une part, le nombre de documents consultés, mais surtout à cause des nombreuses nuances associées à ce terme au cours de ses quarante années d'existence dans la littérature à caractère sociologique. Si, à première vue, le terme médicalisation semble renvoyer à un champ sémantique bien circonscrit, notre analyse nous aura certes permis de constater à quel point ce dernier est imbriqué dans un ensemble de références, mises en relations et significations dont les nuances, parfois minimes, peuvent toutefois faire une grande différence sur le sens accordé à ce terme par les nombreux auteurs qui l'ont employé au cours des dernières décennies. Le tableau suivant présente un aperçu des thématiques liées à l'usage du terme médicalisation. Cet exercice de clarification du champ sémantique sera l'occasion de les explorer plus en profondeur selon les périodes historiques au cours desquelles ils ont émergé.

**Tableau 3.6**  
Aperçu des thématiques mobilisées  
par le champ sémantique du terme médicalisation

| MÉCANISMES  |
|---|
| Expansion du domaine médical                                  |
| Extension du champ de compétence de la médecine               |
| Pathologisation du social                                     |
| Création de maladies  |
| Médicalisation comme outil de contrôle social                 |
| ACTEURS   |
| Impérialisme médical  |
| Rôle des patients   |
| Rôle des institutions publiques et assureurs privés           |
| Rôle de l'industrie pharmaceutique                            |
| Impérialisme sociologique                                     |
| Rôle des médecines alternatives                               |
| TRANSFORMATIONS CONTEXTUELLES                                 |
| Démocratisation de l'information médicale                     |
| Développements et innovations biotechnologiques et génétiques |
| Complexe pharmaco-industriel/Marketing                        |

D'autre part, si notre travail de recherche s'est, dans un premier temps, orienté vers la mise au jour des significations mobilisées par le terme médicalisation et leur transformation, nous nous sommes aussi intéressés aux différents cadres sociologiques qui sous-tendent ces diverses interprétations. Les racines intellectuelles de la médicalisation sont plurielles et font appel à des propositions théoriques diversifiées. L'analyse de notre corpus a ainsi fait ressortir différentes influences théoriques qui ont servi de fondements aux interprétations des auteurs qui ont écrit sur la médicalisation. Cette démarche analytique a été guidée par notre seconde question de recherche qui, se rappelle-t-on, visait à dégager une compréhension plus claire des différents cadres sociologiques qui investissent le champ sémantique du terme médicalisation depuis son entrée dans le vocabulaire sociologique. La pensée de chaque auteur est inévitablement orientée par un ou plusieurs courants sociologiques, bien que tous n'aient pas toujours pris la peine d'explicitier leurs référents théoriques en exposant leur conception de la médicalisation. Ainsi, notre travail de débroussaillage théorique des racines intellectuelles du terme médicalisation aura été de faire ressortir ces cadres sociologiques explicites ou implicites pour en dégager des tendances et les mettre en relation avec les mécanismes et les enjeux de la médicalisation tels que soulevés par différentes générations de sociologues.

À ce titre, il nous faut dès maintenant préciser que nous avons utilisé, lorsque possible, la matière extraite de notre corpus pour identifier et comprendre les fondements des divers cadres théoriques qui investissent le champ sémantique du terme médicalisation, entendu, rappelons-nous, comme un processus, un phénomène et un concept. Néanmoins, le fait que les référents théoriques de nombreux auteurs ne soient pas aussi clairement identifiés et décrits nous a amenés à devoir faire appel à quelques reprises aux écrits des théoriciens eux-mêmes (tels que Foucault, Beck et Giddens) ou à d'autres sociologues pour être à même de rendre compte de la présence sous-jacente de ces univers d'inspiration théorique. Cette démarche fut sans contredit nécessaire pour enrichir notre propre compréhension de ces divers cadres sociologiques et nous permettre par la suite d'en déceler la présence dans les analyses des différents processus, mécanismes et enjeux mobilisés par le terme médicalisation. La recension des racines intellectuelles sous-jacentes aux interprétations du terme médicalisation s'appuie donc sur une variété de sources documentaires pour pallier au fait que de nombreux auteurs de notre corpus n'ont parfois pas su d'eux-mêmes expliciter leurs référents théoriques.

C'est ainsi que nous avons remarqué la présence de multiples paradigmes sociologiques et référents théoriques mis de l'avant par les auteurs. Néanmoins, nous avons repéré dans notre corpus suffisamment d'indices conceptuels pour nous permettre de dégager deux regroupements théoriques

qui ont influencé les interprétations de la médicalisation. Un premier axe met davantage l'accent sur l'analyse des processus sociaux et des mécanismes de domination à l'œuvre dans la médicalisation du social, alors que de nombreux auteurs ont cherché au fil des ans à mettre en évidence le rôle des structures, des normes et des dispositifs de contrôle social dans le déploiement et l'orientation de ce processus, phénomène et concept. Aussi, de cet axe d'analyse se dégagent trois principaux univers théoriques dont le vocabulaire et les conceptions du social ont certainement influencé plusieurs générations d'auteurs sur la médicalisation. Il fait appel dans un premier temps à un discours d'inspiration constructiviste qui conçoit la médicalisation comme le résultat d'un processus constant et subjectif de (re)définition des frontières du normal et du pathologique influencé par les dynamiques et normes sociales en vigueur. L'identification et la définition des maladies et des traitements offerts sont largement influencées par les conventions sociales, les normes et les relations de pouvoir à l'œuvre dans une société donnée.

Ce premier axe d'analyse fait également appel, dans un deuxième temps, à des propositions théoriques d'inspiration marxiste puisque plusieurs auteurs associent la médicalisation à des mécanismes d'expropriation du sujet et de marchandisation de la santé et de la maladie. La surproduction industrielle engendre de sérieuses conséquences iatrogéniques, telles que l'incapacité des individus et des collectivités de prendre soin, de façon autonome, de leur propre santé. La santé est devenue, par conséquent, un gigantesque marché chargé de répondre aux besoins, de plus en plus pressants, des populations en matière de soins par des traitements toujours plus sophistiqués et onéreux.

Finalement, cet axe d'analyse mobilise également des propositions théoriques d'inspiration foucauldienne en mettant à l'avant-plan des notions particulièrement chères à cet auteur, notamment celles de biopouvoir, d'assujettissement, de normalisation et de disciplinarisation des corps. Plusieurs auteurs sollicitent ainsi des éléments fondamentaux de la pensée de Foucault en associant la médicalisation à d'imposants mécanismes de surveillance et de contrôle, et en montrant que la médecine n'a aujourd'hui plus d'extérieur, l'ensemble des composantes de l'existence humaine ayant été – à des degrés divers – incorporé au champ même de compétence de la médecine.

En plus d'avoir été inspirées par ces univers théoriques, les analyses de la médicalisation ont aussi, surtout au cours des vingt dernières années, accordé une place de plus en plus grande à l'action, aux interactions sociales et à la capacité réflexive et stratégique des patients, dans leur interprétation des mécanismes de ce phénomène et processus social. Dans cette optique, notre corpus nous a également

permis d'aller à la rencontre de trois autres univers théoriques dont les propositions sont davantage axées sur les individus et les interactions sociales.

Ce deuxième axe d'analyse nous a ainsi permis de repérer dans les écrits sur la médicalisation un discours d'inspiration interactionniste, alors que la médicalisation peut être interprétée à la lumière des interactions qui unissent les différents acteurs impliqués dans ce processus et phénomène social. La définition et l'expérience de la maladie sont dans cette perspective influencées avant tout par le déroulement des interactions sociales et la subjectivité de l'acteur, rejetant toute conception déterministe de la médicalisation du social.

Aussi, les analyses du terme médicalisation peuvent être mises en relation avec des propositions théoriques inspirées de l'individualisme méthodologique. L'orientation de la trajectoire de la médicalisation, comme tout processus et phénomène social, est fortement influencée par les décisions, actions stratégiques et capacités rationnelles des individus impliqués, empêchant du même souffle de les envisager comme des patients passifs à la merci des décisions de la profession médicale ou d'autres acteurs collectifs.

Finalement, ce deuxième axe d'analyse, qui accorde une place importante à l'action, aux acteurs et aux interactions dans l'analyse de la médicalisation, fait également appel aux propositions théoriques développées par Giddens et Beck dans leurs travaux respectifs. La société contemporaine, soulignent-ils tous deux, commande aux individus de prendre en main, de manière réflexive, leur trajectoire de vie. Mais cette injonction à l'autodétermination contribue par le fait même à l'extension de la médicalisation alors que le corps devient l'ambassadeur de l'individu qui se doit de refléter sa personnalité. Source de risques, ce corps-machine devient également le lieu privilégié d'un nombre de plus en plus imposant d'interventions, notamment médicales.

Bref, les chapitres suivants seront l'occasion de présenter ces six principaux univers théoriques que nous avons isolés par l'analyse de notre corpus. Bien évidemment, l'acte de catégoriser de la sorte des perspectives théoriques en sciences sociales demeure une entreprise délicate, car les frontières qui les séparent sont généralement loin d'être étanches. Toutefois, nous avons d'abord et avant tout cherché à réaliser un bref tour d'horizon des différentes racines intellectuelles mobilisées par le terme médicalisation. De plus, il va sans dire que la présentation de ces six univers théoriques restreint notre capacité d'explorer les multiples facettes et nuances qui les caractérisent et qui permettent de saisir, dans toute sa complexité, le terme médicalisation. Ce choix méthodologique nous permet néanmoins

de mettre en lumière le caractère pluriel et différencié des racines intellectuelles du champ sémantique la médicalisation.

Aussi, si les racines intellectuelles de la médicalisation sont multiples, cet exercice nous a permis de repérer des fondements théoriques concomitants chez plusieurs auteurs dont les ouvrages ont constitué notre corpus. Il va sans dire toutefois que tous ces auteurs ne sont pas les représentants d'une seule et unique perspective. Certains d'entre eux ont même exprimé plusieurs orientations théoriques au cours de leur parcours intellectuel. Cet exercice visait davantage à mettre en lumière la diversité des cadres conceptuels mis de l'avant dans les analyses de la médicalisation, plutôt que la catégorisation de chacun des auteurs consultés selon son/ses approche(s) théorique(s). C'est donc dire que notre exercice de clarification du champ sémantique nous aura permis de mettre en évidence les principaux schémas conceptuels qui sous-tendent les multiples interprétations du terme médicalisation, dont les résultats sont présentés au chapitre VII.

Finalement, il nous faut mentionner que notre intention de départ était également de soumettre notre corpus à un découpage géographique basé sur l'université d'attache des auteurs consultés ou, en l'absence de cette information, sur leur nationalité. Les auteurs des publications sélectionnées pour cette recherche proviennent de douze pays, ce qui a, après la constitution de notre corpus, alimenté notre impression de départ quant à l'existence de regroupements interprétatifs fondés sur l'origine géographique de ces auteurs. Nous avons alors pensé que la provenance des auteurs, ou encore, la langue de publication des ouvrages consultés avaient, fort probablement, une incidence sur l'emploi de significations et de cadres sociologiques différenciés. Il nous faut dès maintenant préciser qu'un « biais de citation » semble se dégager des ouvrages analysés laissant par le fait même peu de place pour des distinctions géographiques ou quant à la langue d'usage des auteurs, c'est-à-dire uniquement le français ou l'anglais dans le cas précis de la présente recherche. Peu importe leur origine, les auteurs de notre corpus semblent avoir été largement influencés par certains de leurs prédécesseurs ou contemporains dont les ouvrages sont devenus des classiques, notamment Irving K. Zola, Ivan Illich et Peter Conrad. La médicalisation est un objet de recherche extrêmement vaste et nuancé qui, lorsqu'il est analysé en regard à une problématique de santé ou un groupe populationnel spécifique, doit très probablement être ancré dans des réalités culturelles extrêmement variées et manifestes. Or, lorsqu'il s'agit d'analyser spécifiquement les significations et dimensions du terme médicalisation lui-même, ces ancrages culturels ne semblent pas ou peu avoir d'incidence sur les interprétations qui s'en dégagent. Il en émane sans contredit une vision plurielle entre les différents auteurs consultés, mais



leurs interprétations semblent davantage reposer sur leurs références théoriques et les sources documentaires employées, que sur l'existence d'un véritable échiquier géographique.

Autrement dit, la présence de différences marquées, notamment quant à la structure des systèmes de santé, entre les zones géographiques d'où proviennent les auteurs consultés, ne semble pas avoir de répercussions importantes sur les interprétations de la médicalisation. Cela peut notamment s'expliquer par le fait que tous ces auteurs proviennent de pays occidentaux. Nous avons vu au premier chapitre que, malgré des différences nationales inévitables, il n'en demeure pas moins que, dans l'ensemble, les pays occidentaux ont suivi un cheminement relativement semblable depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, conduisant aujourd'hui, comme nous l'avons décrit, à l'organisation de sociétés davantage préoccupées par la santé et le bien-être de leurs populations qu'elles ne l'étaient au tournant du milieu du XX<sup>e</sup> siècle.

Très peu d'auteurs ont abordé la question des différences géographiques dans leurs analyses du terme médicalisation et se sont attardés à la présence du processus et phénomène de la médicalisation en dehors des frontières des pays occidentaux (Illich, 1975; Fox, 1977; Conrad, 1992, 2007). Parfois l'objet d'une simple remarque passagère ou au mieux de quelques paragraphes, les quelques auteurs qui se sont penchés sur ces différences géographiques ont pu observer que la très grande majorité des études sur la médicalisation ont été réalisées dans les pays occidentaux où la tradition de la recherche académique, telle qu'on la connaît, y est plus forte, ce qui toutefois ne doit aucunement laisser croire que les populations des pays en développement soient à l'abri de la médicalisation. La situation aurait peut-être été différente si notre corpus avait compris des articles publiés en dehors des pays occidentaux, mais leur faible nombre (selon les répertoires consultés) et surtout la langue de publication utilisée (autre que le français et l'anglais) ou encore l'impossibilité d'avoir accès à la version intégrale de ces documents nous ont empêchés de les intégrer à notre corpus.

Aussi, toujours en ce qui a trait à l'influence des distinctions géographiques, quelques auteurs (dont Bouchard et Cohen, 1995; Conrad, 2007; et Aïach, 2009) ont souligné la présence plus importante des analyses du terme médicalisation dans la tradition anglo-saxonne. D'ailleurs, la composition de notre corpus abonde en ce sens, car plus de la moitié des auteurs qui le constituent proviennent des États-Unis, de la Grande-Bretagne et du Canada. L'intérêt pour ce terme demeure relativement récent dans la communauté sociologique francophone alors que ses principaux protagonistes sont issus d'une deuxième, voire même d'une troisième génération d'auteurs ayant abordé la question de la médicalisation.

C'est ainsi que, malgré la faible présence de distinctions géographiques, le corpus de textes sélectionné s'est révélé être riche en information, témoignant de la diversité des interprétations et significations mobilisées par le terme médicalisation dans la littérature à caractère sociologique, et de son caractère particulièrement multidimensionnel. Les chapitres suivants sont le résultat de cet exercice de clarification sémantique. Ils rendent compte, d'une part, des transformations du champ sémantique du terme médicalisation depuis son entrée dans le vocabulaire sociologique à la fin des années 1960 (chapitres IV, V et VI), et d'autre part, des cadres sociologiques qui sous-tendent ces interprétations (chapitre VII).

## CHAPITRE IV

### LES MÉCANISMES DE LA MÉDICALISATION. DE L'EXPANSION DU DOMAINE ET DU CHAMP D'INTERVENTION MÉDICAL À LA PATHOLOGISATION DU SOCIAL

Passeron a déjà écrit que, contrairement aux sciences logico-mathématiques, le travail de définition des termes sociologiques fondamentaux ne peut se faire sans embarras, leur construction conceptuelle étant « sujette à de fréquentes rectifications » (1991, p. 31). Porteur d'un héritage, le vocabulaire sociologique est constamment susceptible d'être modifié au gré des mutations des paradigmes sociologiques, posant un défi certain à quiconque cherche à en analyser le champ sémantique. « Faire le détail des choses » demeure donc, selon Passeron, l'unique et la plus efficace méthode pour saisir le sens réel des expressions sociologiques ancrées dans un perpétuel mouvement de recherche de domination du sens, alors que « la définition est à la fois, en sociologie, une condition nécessaire du contrôle de l'énonciation et une invite permanente au dérapage théorique » (Passeron, 1991, p. 162).

Cette ambiguïté définitionnelle a sans contredit orienté notre volonté de dégager les significations sociologiques associées, au fil des années, au terme médicalisation. D'ailleurs, l'expansion considérable que cette expression a connue depuis son émergence dans le vocabulaire sociologique fait dire à Frank Furedi que la médicalisation « is one of those rare successful sociological terms that has entered the vocabulary of everyday life » (2006, p. 14). Mais malgré cette popularité grandissante, le sens de cette expression demeure, encore aujourd'hui, entouré d'un flou sémantique imposant, faisant obstacle à une véritable compréhension du terme médicalisation.

Ce chapitre, ainsi que les deux chapitres subséquents, présente un portrait des différentes significations associées à l'expression médicalisation depuis son émergence dans la littérature à caractère sociologique, il y a maintenant quarante ans. Ce travail de catégorisation et de mise en relation est un passage obligé pour quiconque cherche à comprendre l'évolution de cette expression et à faire ressortir ses différentes nuances. Pour ce faire, nous avons organisé notre corpus de manière à rendre compte : 1) de la transformation des mécanismes attribués à la médicalisation; 2) des acteurs impliqués dans ce processus et phénomène, et 3) du contexte social, économique et scientifique qui l'entoure. Étant

mutuellement reliées, ces trois grandes dimensions de la médicalisation permettent assurément de mieux en saisir les multiples sens et de témoigner de sa perpétuelle transformation.

Mais d'entrée de jeu, soulignons que si plusieurs auteurs de notre corpus s'attardent à définir, bien que parfois brièvement, le terme médicalisation, bien peu en soulignent l'origine. Bien qu'il soit encore aujourd'hui difficile d'évaluer le moment exact où le terme médicalisation a fait son entrée dans le vocabulaire des sciences sociales, Broom et Woodward (1996) estiment toutefois que Pitts (1968) est possiblement l'un des premiers auteurs à y avoir fait référence. La médicalisation, associée à la propension de l'institution médicale à étiqueter comme maladie (*sickness*) des comportements jugés non conformes, figure sous l'article « Social Control: the Concept », rédigé par Pitts, et publié dans la première édition du *International Encyclopedia of Social Sciences*. « Despite some reservations, Pitts appeared to regard the advent of medicalisation as, on balance, a useful mechanism for the management of deviance. He saw the medical form of social regulation as an effective and humane replacement for institutions (such as the family) that had become weakened » (Broom et Woodward, 1996, p. 358).

Bien que le terme médicalisation soit entré dans le vocabulaire des sciences sociales il y a maintenant quatre décennies, Aronson (2002) souligne qu'il a fallu attendre quelques années avant que les dictionnaires d'intérêt général n'ajoutent cette nouvelle terminologie à leur corpus. Par exemple, ce n'est qu'en 1977 que le *Oxford English Dictionary* a inclus l'expression « medicalisation », signifiant : « To give a medical character to; to involve medicine or medical workers in; to view or interpret in (esp. unnecessarily) medical terms ». Depuis, par contre, le nombre de définitions du terme médicalisation n'a cessé de croître, notamment dans la littérature à caractère sociologique. À titre d'exemple, voici quelques-unes de ces nombreuses définitions sélectionnées à même notre corpus. Ces dernières témoignent sans contredit de leur prolifération au fil des ans et de l'ambiguïté définitionnelle qui caractérise un terme comme celui de médicalisation.

*Medicalization is a process whereby more and more of everyday life has come under medical dominion, influence and supervision (Zola, 1983, p. 295).*

*The term medicalization refers to two interrelated processes. First, certain behaviors or conditions are given medical meaning – that is, defined in terms of health and illness. Second, medical practice becomes a vehicle for eliminating or controlling problematic experiences that are defined as deviant, for the purpose of securing adherence to social norms (Riessman, 1983, p. 4).*

*Medicalization describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders (Conrad, 1992, p. 209).*



*La médicalisation est l'application de concepts et technologies médicales à la compréhension et la régulation de conduites individuelles ou de phénomènes sociaux (Bouchard et Cohen, 1995, p. 1).*

*Médicaliser, c'est requérir la compétence d'un médecin pour définir la nature d'un phénomène qui pose problème, pour établir s'il relève de son intervention et, finalement, si c'est le cas, pour le traiter selon les moyens qui sont à sa disposition (Drulhe et Clément, 1998, p. 71).*

*Le processus [de médicalisation] est fondé sur une vision et une approche selon lesquelles les expériences naturelles et les problèmes socialement créés sont des maladies biologiques qui nécessitent une surveillance ou une intervention médicale (Lippman, 2004, p. 8).*

*The concept of medicalisation has been widely employed by social scientists, over the last three decades, to refer to the processes by which social phenomena come to be perceived and treated as illnesses (Ballard et Elston, 2005, p. 228).*

*The term refers to the process by which certain events or characteristics of everyday life become medical issues, and thus come within the purview of doctors and other health professionals to engage with, study, and treat (McLellan, 2007, p. 627).*

*Suivant une définition traditionnelle ou neutralisée, la médicalisation est le processus par lequel certaines conditions, situations ou données – organiques, psychologiques, comportementales ou sociales – de la vie quotidienne deviennent des questions médicales, auxquelles les médecins et autres professionnels de la santé reconnus comme tels par les systèmes de prévoyance se doivent d'apporter un certain nombre de réponses (comme l'identification, la prise en charge, le traitement de la « maladie » en question) (Panese et Barras, 2009, p. 34).*

*Je définirais la médicalisation comme un processus dynamique qui marque notre société en profondeur, qui oriente le développement économique, les pratiques sociales, les attentes et les satisfactions/insatisfactions à partir d'objectifs et de finalités autour de la santé prise comme valeur suprême (Aïach, 2009, p. 83).*

Si la médicalisation est souvent entendue, de façon simplifiée, comme « le passage d'une condition sociale ou d'un comportement individuel au statut de maladie, de pathologie » (Collin et Suissa, 2007, p. 25), il n'en demeure pas moins que ce terme a été l'objet de nombreux écrits et débats dans la littérature sociologique, lui rendant un caractère beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît à première vue. Aussi, nous avons tenté, dans un premier temps, de répertorier, dans les ouvrages sélectionnés, les principaux mécanismes à l'œuvre dans la médicalisation, c'est-à-dire, l'expansion du domaine médical, l'extension du champ de compétence de la médecine, et la pathologisation du social. Décrits avec une intensité variable selon les contextes sociohistoriques et les mouvements de modes auxquels aucune discipline ne peut prétendre échapper, ces mécanismes attribués à la médicalisation permettent toutefois, chacun à leur manière, de reconstituer une à une les différentes pièces du puzzle que représente très certainement cet exercice de clarification du champ sémantique.



#### 4.1 L'expansion du domaine médical et l'iatrogenèse clinique

##### *La médicalisation comme débouché professionnel*

Bien que relativement peu abordée dans les ouvrages consultés, la médicalisation est en premier lieu associée à une expansion soutenue du domaine médical aux conséquences iatrogéniques dramatiques. D'ailleurs, comme le résumait Marie-Jo Thiel en 2006, « c'est par le biais de la démographie médicale que la réflexion sur la médicalisation a commencé dans les années 1970 tout en n'évitant pas l'ambiguïté définitionnelle dès cette époque » (2006, p. 89). Le secteur de la santé s'est immiscé, comme nous l'avons vu, dans les débats politiques et sociaux du XX<sup>e</sup> siècle avec une intensité sans précédent, témoignant ainsi de cette extension inédite du domaine médical (Fox, 1977). L'offre médicale s'est ainsi accrue considérablement au cours des dernières décennies, et ce, tant en regard aux infrastructures et aux investissements disponibles, qu'au personnel médical et paramédical embauché pour dispenser les soins et services de santé.

La médicalisation fait donc référence, dans un premier temps, à la croissance soutenue des effectifs médicaux et des autres professionnels de la santé, dont la diversification des programmes d'études et des spécialités médicales a fortement contribué à en augmenter le nombre. À titre d'exemple, Aïach (1998) souligne la forte croissance de la démographie médicale que la France a connue entre 1970 et le début des années 1980. Différentes professions du domaine de la santé, regroupant notamment les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes, ont vu leurs effectifs progresser de 68% entre 1970 et 1983 (à l'exception des sages-femmes dont le nombre est demeuré relativement stable). Le nombre de médecins spécialistes français, souligne-t-il, a ainsi augmenté de façon considérable, mouvement qui s'est par ailleurs accompagné d'une généreuse bonification salariale.

Comme on peut s'en rendre compte à travers ces données chiffrées, la médicalisation sous forme d'expansion démographique des effectifs des professions de santé a subi une accélération [...], même si la crue était amorcée bien avant. C'est une dimension très importante dont il faudrait rendre compte autrement qu'en termes de recherche de débouchés par une population en quête d'emplois. Si un tel développement a eu lieu, c'est que les activités professionnelles des intéressés avaient preneurs : autrement dit, en termes économiques, qu'à l'offre médicale et paramédicale répondait une demande forte, elle-même en expansion continue (Aïach, 1998, p. 22-23).

Aïach n'est pas le seul à établir une corrélation entre l'augmentation drastique de la demande pour des services et des soins de santé, et la croissance des effectifs médicaux et paramédicaux. Déjà en 1980,

Conrad et Schneider ont abordé cette question, franchissant toutefois un pas supplémentaire en affirmant que la reconfiguration pathologique de nombreux problèmes, comportements ou événements, découle directement de l'augmentation du nombre de professionnels de la santé, quel que soit le secteur. La création de nouveaux problèmes médicaux a très certainement permis de contenter ce large bassin de professionnels fraîchement diplômés et prêts à travailler, n'hésitant pas à affirmer du même souffle que la restriction des admissions en médecine permettrait de limiter cette expansion du domaine médical et, par le fait même, de la médicalisation du social.

### *Quand la médecine rend malade*

L'iatrogenèse clinique, c'est-à-dire la dégradation de l'état de santé de la population provoquée par l'intervention de professionnels médicaux, constitue également pour plusieurs auteurs l'un des principaux contrecoups de la croissance démographique des effectifs dans le secteur de la santé. Dans *Némésis médicale* (1975) – l'un des ouvrages les plus influents en sociologie de la santé selon Nancy Tomes (2007) –, Illich accuse la médecine moderne de représenter une grave menace pour la santé des populations et d'être responsable d'une augmentation des taux de morbidité. Si l'institution médicale, avec l'accroissement de son autorité culturelle et scientifique, a certainement contribué au prolongement de l'espérance de vie, il faut reconnaître, écrit Illich, que les interventions médicales peuvent aussi mettre la santé et la vie des individus en danger, notamment en multipliant les maladies nosocomiales et les erreurs de diagnostics et de traitements. Le terme *iatrogenèse* d'ailleurs est composé des mots grecs *iatros* (médecin) et *genesis* (origine), soit,

[...] au sens le plus strict, une maladie iatrogène est celle qui n'existerait pas si le traitement appliqué n'avait pas été celui que les règles du métier recommandent. [...] Dans un sens plus général, la maladie iatrogène englobe toutes les conditions cliniques dont les médicaments, les médecins ou les hôpitaux sont les agents pathogènes. J'appellerai « iatrogenèse clinique » cette foule d'effets secondaires, mais directs, de la thérapeutique (Illich, 1975, p. 35-36).

Par un ensemble d'interventions contre-indiquées, erronées, brutales ou inutiles, selon les termes utilisés par Illich lui-même, la médecine s'éloigne régulièrement de son mandat premier qui est de soigner ou de soulager la douleur. La « magie blanche » de la médecine traditionnelle – qui soutenait les patients dans leur processus individuel de guérison – a ainsi été remplacée par la « magie noire » de la médecine moderne qui rend davantage malade qu'elle ne guérit (Illich, 1975). Cet auteur controversé émet, par le fait même, de sérieux doutes quant à l'efficacité des procédés diagnostiques et thérapeutiques – et leur apport dans l'amélioration générale de l'état de santé des populations aux siècles derniers – considérant que seule une minorité de ces nouveaux procédés médicaux ont prouvé

qu'ils étaient plus efficaces, moins coûteux et d'une application simplifiée que leurs prédécesseurs. Les soins médicaux, contrairement à la transformation des environnements bâtis et sociaux et l'utilisation des techniques sanitaires non professionnelles, n'auraient que dans de rares cas exercé une influence significative sur un allègement du poids de la morbidité et le prolongement de l'espérance de vie.

Aussi, l'iatrogenèse clinique contribue de fait, pour Illich, à l'une des plus importantes épidémies que les sociétés aient eues à faire face et qui est provoquée par la multiplication des interventions médicales inadéquates. La médecine engendre, souligne-t-il, un surplus de douleur, dysfonction, invalidité et angoisse qui affecte chacun des membres des populations (Illich, 1975). D'où l'importance, écrira Verweij (1999) plus de vingt ans après, des défis moraux et éthiques auxquels la médecine est constamment confrontée, comme l'obligation pour les professionnels de la santé d'informer clairement les patients de tous les risques encourus par les différentes interventions qu'ils s'appêtent ou puissent éventuellement avoir à subir. D'ailleurs, malgré les années qui séparent leur publication, ces deux auteurs sont d'autant plus consternés que le contrôle des effets iatrogéniques relève exclusivement de l'institution médicale qui, en étant juge et partie, les cache comme une « infection honteuse » (Illich, 1975, p. 16). Or, les patients tolèrent souvent l'existence de ces effets en échange d'un espoir soutenu de guérison ou d'une vie meilleure (Verweij, 1999).

Plus récemment encore, Blech, dans *Les inventeurs de maladies. Manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique* (2005), renchérit sur la question de l'iatrogenèse clinique alors qu'il arrive régulièrement, souligne-t-il, que des individus bien portants doivent être pris en charge par le système de santé pour des traitements superflus ou à la suite d'erreurs médicales. À ce titre, il recense annuellement vingt mille décès en Allemagne liés à la prise de médicaments, ces derniers étant responsables, selon lui, de 2 à 10 % des hospitalisations. Aussi, une étude réalisée aux États-Unis révèle que les effets indésirables des médicaments représentent la quatrième cause de mortalité dans les pays industrialisés (Blech, 2005). En plus d'être nocives, voire mortelles dans certains cas, les interventions inutiles ou erronées ont aussi pour conséquence un impact financier majeur sur les systèmes de santé dont les ressources, comme nous l'avons vu, sont aujourd'hui grandement sollicitées. D'ailleurs, à ce titre, l'augmentation drastique des dépenses médicales, qu'ont connue les pays industrialisés depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle, ne fait aucun sens pour certains auteurs dont Illich (1975) et Thiel (2006) qui, chacun à leur époque respective, ont tenu à dénoncer cette situation. Si, d'une part, les interventions médicales sont la cause et la conséquence d'un nombre important de

pathologies, d'autre part, ces interventions accaparent une proportion importante des ressources disponibles en santé et empêchent l'affectation massive de fonds à des secteurs non médicaux et qui pourtant influencent tout autant, sinon plus, la santé des populations.

Il va donc sans dire que l'expansion du domaine médical et ses conséquences iatrogéniques constituent un facteur important dans l'amplification de la médicalisation, et ce, même si les auteurs qui ont soulevé l'existence de ce mécanisme – dont Illich (1975), Verweij (1999), Blech (2005) et Thiel (2006) – sont relativement peu nombreux dans le paysage littéraire sociologique sur la médicalisation. Aussi, on ne peut passer sous silence, même s'il fait cavalier seul, la position de Tony Colby, qui en 1977 – soit peu de temps après la publication de *Némésis médicale* par Illich – s'était porté à la défense de la profession médicale, considérant que les erreurs médicales peuvent être individuellement tragiques, mais collectivement signes de progrès.

« As Mr. Illich suggests, this new technology begot horror. Patients have died from presumably routine surgery. Valium and other tranquilizers have become crutches and truly diminish persons' facility to cope with their minds and their environment. Costs have skyrocketed. The distribution of medical services is random and illogical. With the successes and expectations have come abuses, exploitation, manipulation and mutilation. I disagree with Mr. Illich as to the degree and meta-physical damages of these negative realities of modern medicine. A standard of medicine has evolved for the care of many disorders. This standard is safe, based on not only recent but all scientific knowledge. [...] Beyond this is an expanding body of diagnosis and treatment which holds potential for future good but also for present damage. Medicine will always have a forward edge of experimentation and this presumes risk. Yet this area involves illness which itself is lethal or mutilating » (Colby, 1977, p. 29).

La médecine, malgré le nombre croissant de ses diplômés, n'est pas encore à ce jour une science exacte : de nombreux sacrifices doivent être faits sur l'autel de la réussite médicale afin que cette institution parvienne à remplir pleinement son mandat premier, soit de soigner les malades et d'atténuer leur douleur. Ainsi, Colby soulignait dans *One Flew Over Illich's Nest* le caractère essentiellement expérimental de la médecine, pour qui les erreurs et conséquences iatrogéniques font inévitablement « partie du métier ».

#### 4.2 L'extension du champ de compétence de la médecine

Si pour une majorité d'auteurs cette expansion constante du domaine médical par la croissance soutenue de ses effectifs et ses effets iatrogéniques potentiellement néfastes pour la santé des individus et des collectivités n'est pas désignée comme l'un des mécanismes de la médicalisation, il en va tout autrement de l'extension du champ de compétence de la médecine. Cette propension de l'institution

médicale à prendre en charge un nombre sans cesse croissant de comportements et de processus naturels de la vie, ou au dire de Zola, « the expansion of what in life is deemed relevant to the good practice of medicine » (1972, p. 503), est sans aucun doute intrinsèquement associée à la médicalisation. Nous avons dégagé de notre corpus littéraire quatre processus – de déplacement, réification, définition et juridiction – qui ont été mis en lumière par plusieurs auteurs pour signaler l'existence de cette extension du champ de compétence de la médecine comme mécanisme de la médicalisation.

#### *La médicalisation comme conséquence d'un processus de déplacement*

De prime abord, la médicalisation implique, selon Marie-Jo Thiel (2006), un processus de déplacement, c'est-à-dire un mouvement de déculturation/reculturation dans lequel s'insère notamment le remplacement de la religion au profit de l'institution médicale. Ainsi, aux yeux de nombreux auteurs, cette extension du champ de compétence de la médecine comme mécanisme de la médicalisation s'exprime d'entrée de jeu dans le cadre de cette nouvelle « religion civile » (Sloterdijk dans Gilioli, 2008, p. 34). L'autorité ultime n'est donc plus religieuse mais médicale, l'hôpital étant devenu la cathédrale du XX<sup>e</sup> siècle (Renaud, 1995; Sanni Yaya, 2009), comme le témoigne cet extrait suivant :

[...] il n'est plus question aujourd'hui d'expliquer une quelconque situation de handicap comme l'a fait l'écrivain Henri Vincenot pour savoir quelle faute il avait bien pu commettre pour expliquer le handicap dont souffrait son enfant. De même, il ne viendrait plus à l'esprit d'une jeune mère assistant à l'agonie de son enfant d'accepter, comme la Tess de Thomas Hardy, la fatalité qui s'abat sur ce nourrisson fût-il le fruit d'une relation mercenaire et jugée immorale. Pour mémoire, il faut se souvenir que la préoccupation première de l'héroïne de Thomas Hardy n'est pas de savoir comment sauver son enfant – le contexte médical de cette fin du XIX<sup>e</sup> est à peu près nul –, mais plus radicalement de le sauver des affres de l'Enfer. Car si elle enregistre presque calmement sa dégradation physique dont elle connaît l'issue fatale, ce qui l'angoisse totalement est que l'enfant n'appartient pas à la communauté de Dieu : « Elle rentra chez elle pour apprendre que l'enfant était tombé malade. La chose était à craindre car il était délicat et chétif [...]. Il devint évident que l'heure fixée pour l'émancipation de ce petit prisonnier de la chair allait arriver. Quand elle le comprit, elle tomba dans un désespoir dont la violence n'était pas causée par la seule perte de l'enfant. Son enfant n'était pas baptisé ». On ose à peine imaginer ce que l'on penserait aujourd'hui d'une pareille attitude (Gilioli, 2008, p. 26).

Précurseur, Zola avait dès 1981 souligné l'existence de ce processus de déplacement alors qu'à son avis les représentants du culte médical – scientifique – n'avaient fait que troquer la Bible et le Code civil pour le *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) et autres manuels de référence, et changé la couleur de leur toge, passant du rouge et du noir au blanc. D'ailleurs, Zola associe la croissance du



recours aux interventions médicales et paramédicales à la raréfaction des sources de soutien, consolation et aide qu'ont représenté pendant des siècles les membres des institutions ecclésiastiques. Guidant autrefois la gestion des problèmes de la vie quotidienne, les prêtres, tout comme les réseaux sociaux dans leur ensemble, ont vu leur influence diminuer, laissant les professionnels de la santé être à l'écoute des populations (Zola, 1981).

Le processus de déplacement sur lequel s'appuie l'extension du champ de compétence de la médecine implique également une transformation idéologique alors que le discours dominant prend désormais le parti d'une médecine scientifique jugée « moderne, adulte, performante, technique et salvatrice » (Thiel, 2006, p. 102). Cette médecine offre de nouvelles possibilités en termes de prévention, diagnostic, et traitement des maladies par rapport à la religion ou à la médecine populaire archaïque et irrationnelle qui, quant à elles, avaient plutôt tendance à les laisser au hasard ou entre des mains divines. Ainsi, la multiplication des sources de connaissances et des formes de savoir médical, en vue du bien-être ou du moins du mieux-être, permet à la médecine de s'inscrire dans des domaines d'intervention toujours plus vastes et de mettre son expertise à profit dans l'organisation et la gestion de multiples problèmes, comportements et événements de la vie. Longtemps dominée par la dichotomie « bon/mauvais », la médecine s'est graduellement immiscée dans la gestion des dilemmes moraux et des comportements déviants, transformant radicalement les cadres punitifs, comme le soulignait Renee Fox dès 1977.

« In an earlier, more religiously oriented era of a modern Western society like our own, some of these same kinds of attitudes and behaviors were considered sinful rather than sick, and they fell under the aegis of religious authorities for a different kind of diagnosis, treatment, and control. In a more secular, but less scientifically and medically oriented, stage of the society than the current one, certain of these ways of thinking, feeling, and behaving were viewed and dealt with as criminal. Although sin, crime, and sickness are riot related in a simple, invariant way, there has been a general tendency in the society to move from sin to crime to sickness in categorizing a number of aberrant or deviant states to the degree that the concept of the "medicalization of deviance" has taken root in social-science writings. The sin-to-crime-to-sickness evolution has been most apparent with respect to the conditions that are now considered to be mental illnesses, or associated with serious psychological and/or social disturbances » (Fox, 1977, p. 11).

Supposément objective parce que s'appuyant sur des principes scientifiques, la prise en charge médicale des problèmes et comportements n'aurait en fait que transféré, des prêtres aux professionnels médicaux et paramédicaux, l'application d'un cadre moraliste à travers duquel ces problèmes sont évalués en fonction de critères de santé tout aussi subjectifs (Zola, 1981). Bref, pour Renaud, ces actes immoraux, criminels ou socialement indésirables s'inscrivent dorénavant dans une dichotomie

« malade/non-malade », représentant désormais la « dichotomie la plus structurante de nos mentalités, de nos jugements, de nos manières d'être, de penser et de faire. Nos rituels, nos règles de conduite, nos valeurs en auront été métamorphosés » (Renaud, 1995, p. 168).

### *La médicalisation comme conséquence d'un processus de réification*

L'extension du champ de compétence de la médecine comme mécanisme de la médicalisation implique également un important processus de réification. Objectivant les signes et les symptômes de la maladie, cette extension prend appui sur un mouvement généralisé de désocialisation et dépolitisation des problèmes individuels et sociaux, constituant depuis quarante ans l'un des mécanismes clés associés au processus de médicalisation (Riska, 2003; Filc, 2004). Les explications socioanthropologiques ou politiques sont désormais souvent délaissées au profit de la seule réponse médicale, d'autant plus que la prise en charge médicale de ces « nouveaux » problèmes s'inscrit dans un contexte de spécialisation et de différenciation des soins et services de santé où les spécialistes sont toujours plus nombreux à pouvoir diagnostiquer, contrôler ou traiter ces pathologies. Ainsi centrée sur le corps individuel plutôt que sur le corps social, l'analyse des problèmes de santé repose régulièrement sur des explications purement biomédicales (Conrad, 1975; Crawford, 1980; Zola, 1981; Filc, 2004; Colucci, 2006; Thiel, 2006).

[...] la biomédecine [est] très influencée par l'idée selon laquelle la plupart des troubles sont non seulement pathologiques, mais également d'origine organique. Cela a pour conséquence de donner une base biologique plutôt que sociale et comportementale aux problèmes de santé et implique que ce qui autrefois était considéré comme relevant de l'ordre du naturel ou du cours normal de la vie soit dorénavant considéré comme un état pouvant être traité médicalement (Sanni Yaya, 2009, p. 406).

Conçu comme un terrain fertile pour la maladie, voire comme la source de tous les problèmes, le corps devient, par le fait même, la seule cible autorisée pour le traitement. Autrement dit, si un individu ou un problème peuvent être traités par des moyens médicaux, ils doivent impérativement s'y soumettre. L'étiologie de ces problèmes se voit ainsi délestée de son caractère social pour ne représenter qu'un déséquilibre physiologique ou psychologique susceptible d'être traité médicalement. Aussi, l'utilisation de la santé et de la maladie comme variables explicatives, sinon d'explication en elles-mêmes, d'un nombre toujours grandissant de problèmes sociaux a, selon Zola (1981), une fonction supplémentaire de dissimulation de réalités sociales plus larges et gênantes que l'on s'emploie à imputer aux individus eux-mêmes ou à leur entourage ou environnement immédiat. Porteur de la maladie, l'individu se voit accorder la responsabilité du traitement alors que, par ailleurs, cette

dépolitisation des problèmes sociaux peut accroître les risques d'exclusion fondée sur un déterminisme biologique et génétique. Aussi, cette dépolitisation des problèmes individuels et sociaux a pour conséquence que ces problèmes sont dorénavant discutés, analysés et résolus exclusivement, ou presque, par des experts au vocabulaire technique et scientifique. L'expertise nécessaire à la gestion de ces expériences humaines est ainsi confiée d'abord et avant tout aux médecins et autres professionnels de la santé (Zola, 1981; Conrad, 1992, 2007).

Par ailleurs, Didier Fassin entrevoit, pour sa part, un bénéfice collectif dans cette réification des problèmes sociaux en problèmes médicaux, alors que cette légitimation du langage médical « opère comme un moyen de pacification de la société » (Fassin, 1998, p. 10). Alimentée par un souci humanitaire, provenant directement des transformations sociopolitiques de la période d'après-guerre, la médecine possède désormais une légitimité et une crédibilité qui l'autorisent non seulement à soigner les malades, mais aussi à s'immiscer dans la gestion des conflits et les négociations en cours, empiétant même parfois sur les instances politiques traditionnelles lorsque ces dernières s'avouent impuissantes. Faisant le pont entre la santé individuelle et les droits des citoyens, « le souci humanitaire apparaît comme le soubassement éthique le plus universellement reconnu du gouvernement des nations. À la guerre des races, que Michel Foucault tenait pour l'une des conséquences ultimes de la biopolitique, fait contrepois cette paix des médecins, qui en est un effet presque symétrique » (Fassin, 1998, p. 11).

#### *La médicalisation comme conséquence d'un processus de (re)définition et de juridiction*

L'extension du champ de compétence de la médecine comme mécanisme de la médicalisation est finalement associée à un important processus socioculturel de (re)définition pathologique de nombreux problèmes, comportements et événement non médicaux désormais pris en charge par une juridiction médicale d'autant plus imposante qu'elle prend appui sur les processus précédents de déplacement et de réification. L'interprétation, la compréhension et la gestion de problèmes, comportements ou conditions nécessitent désormais l'intervention de professionnels afin d'en contrôler, réduire ou supprimer les effets indésirables (Conrad et Schneider, 1980; Risseman, 1983; Conrad, 1992; Lowenberg et Davis, 1994; Drulhe et Clément, 1998; Verweij, 1999; Davis, 2006; Furedi, 2006; Colin et Suissa, 2007; Conrad, 2007).

Aussi, cette augmentation du nombre de problèmes individuels et sociaux désormais analysés à la lumière d'un cadre biomédical découlerait d'une démarche, du moins en partie, explicite de la part des

professionnels de la santé. L'extrait suivant d'un discours prononcé en 1971 par le docteur P. Henderson, alors président du *British School Health Service Group*, et cité en 1981 par Zola, témoigne de cette préoccupation des sociologues envers la (re)définition pathologique de différentes sphères de l'existence humaine par les médecins, processus associé à la médicalisation dès son entrée dans le vocabulaire sociologique.

[P. Henderson] lance un vibrant appel à ses collègues pour qu'ils commencent à s'occuper activement des « problèmes de santé » suivants :

- la pauvreté et les conditions de logement dans les quartiers pauvres;
- les problèmes affectifs et les troubles comportementaux;
- la délinquance juvénile;
- la consommation de drogues;
- le suicide;
- les enfants en foyer nourricier;
- les maladies transmises sexuellement;
- les grossesses illégitimes chez les jeunes;
- l'avortement.

À cette liste de problèmes qui, d'après lui, nécessitent une attention particulière, il ajoute ceux, plus traditionnels, des enfants souffrant de handicaps physiques, visuels et auditifs et d'empêchements de la langue, les épileptiques, les diabétiques, les asthmatiques, les dyslexiques et les jeunes manifestant une arriération affective, scolaire ou intellectuelle. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il n'a pas oublié grand-chose ! (Zola, 1981, p. 45-46).

Ces problèmes, de nature variée, s'inscrivent ainsi désormais sous la juridiction des médecins quant à leur prévention, dépistage, diagnostic et traitement, alors que par un mécanisme d'autorenforcement, la médecine est entrevue comme la principale et la plus efficace autorité pour prendre en charge ces problèmes (Williams et Calnan, 1996; Davis, 2006). Mais plusieurs sociologues ont exprimé, au cours des dernières décennies, des craintes quant à l'étendue de la juridiction médicale alors que pour nombre d'entre eux, il s'agit là d'une extension illégitime du champ de compétence de la médecine, ces réalités problématiques ne relevant pas « naturellement » de la médecine, voire même du domaine de la santé. L'institution médicale repousse continuellement ses propres limites territoriales au détriment d'autres institutions sociales qui privilégient des méthodes d'intervention non invasives (Illich, 1975). Ainsi, pour Barbier, la médecine se mêle de ce qui n'est pas à proprement parler son domaine d'expertise alors que « la médicalisation consiste à recourir à la médecine de façon quasi systématique et non justifiée pour des domaines qui sortent de son champ d'intervention ». Bref, « on s'adresse à la médecine pour lui demander de plus en plus, et particulièrement ce pour quoi elle n'est pas faite ! » (Barbier, 1993, p. 10).

Aussi, plusieurs auteurs s'interrogent sur l'existence d'une frontière délimitant le normal et le pathologique, et remettent en question la validité même de certaines maladies ou problèmes de santé tels que définis par l'institution médicale (McLellan, 2007; Szarsz, 2007). Pour Szarsz, notamment, des manifestations physiologiques, telles que la malaria par exemple, relèvent de toute évidence du domaine pathologique et sont d'emblée considérées par les professionnels de la santé et les populations comme des maladies dont les conséquences peuvent être mortelles. Pourtant, il n'est pas convaincu de la nécessité d'une définition et intervention médicale pour de nombreux problèmes de nature individuelle ou sociale comme l'alcoolisme et la dépression : « People know that they are not diseases [...]. Accordingly, medicalizers engage in a never-ending task of "educating" people that non-diseases are diseases » (Szarsz, 2007, p. xxiii).

#### *Niveaux et degrés de la médicalisation*

Cette reconfiguration pathologique, reposant au cœur même du processus, phénomène et concept de médicalisation, peut s'inscrire à des niveaux et degrés forts différents que Conrad et Schneider (1980, 1992, 2007) ont cherché à préciser. La médicalisation est donc un processus dynamique dont l'implantation diffère selon les contextes et les acteurs en présence, et qui peut s'observer selon trois niveaux. Tout d'abord, la médicalisation s'inscrit au niveau *conceptuel* par l'utilisation d'un vocabulaire ou d'un modèle médical prégnant dans la définition de divers problèmes de santé et qui est renforcé par l'adoption d'un discours et d'une idéologie qui autorise son acceptation sociale. Strong soulignait à cet égard dès 1979 qu'une meilleure compréhension de la médicalisation devait s'appuyer non seulement sur l'analyse des comportements des médecins à l'échelle individuelle, mais aussi et surtout sur l'analyse des différents cadres interprétatifs utilisés dans la définition des problèmes de santé. La médicalisation s'actualise également au niveau *institutionnel* par le rôle occupé par les « médecins dans les organismes et la gestion des problèmes psychosociaux » (Suijsa, 2007, p. 96), alors que l'autorité médicale siège au premier plan dans le processus de prise de décisions quant aux interventions médicales nécessaires, interventions qui seront, dans la majorité des cas, réalisées par d'autres professionnels de la santé. Finalement, la médicalisation s'inscrit également au niveau *interactionnel* par la relation qui unit le médecin et le patient dans l'application et les prises de décisions relatives au diagnostic et au traitement des problèmes jugés de nature médicale.

Aussi, la médicalisation, par l'extension du champ de compétence des médecins, n'est pas un processus uniforme et rectiligne puisque son déploiement dans la vie sociale est fortement influencé par divers facteurs (culturels, sociaux, politiques, économiques, etc.) et les motivations des différents



acteurs interpellés (Conrad et Schneider, 1980; Conrad, 1992, 2007; Breslau, 2003; Davis, 2006). À ce titre, l'appartenance à un groupe social peut, par exemple, être un facteur décisif dans l'acceptation ou le rejet d'un cadre interprétatif médical, dont l'implantation relève du niveau de consensus obtenu entre les acteurs – les problèmes, comportements et événements pouvant être entièrement, partiellement ou aucunement médicalisés. Aussi, la disponibilité des traitements, leur remboursement par une assurance privée ou publique, la présence d'un cadre interprétatif dominant autre que médical, ou encore la forte contestation de groupes sociaux sont encore d'autres exemples de facteurs exerçant une influence significative sur le degré de médicalisation d'un problème individuel ou social. La médicalisation, par l'extension du champ de compétence de la médecine et la reconfiguration pathologique de diverses composantes de la vie sociale, est donc sujette aux fluctuations culturelles, sociales, économiques et politiques, se devant parfois de faire face à de vigoureux mouvements de mobilisation ou, au contraire, de résistance (Ballard et Elston, 2005). Mais, malgré ces tergiversations possibles, il ne fait plus aucun doute que la vie sociale est désormais, et dans une proportion toujours plus grande, orientée et prise en charge par l'institution médicale qui a vu, au cours des dernières décennies, son champ de compétence être fortement élargi (Conrad, 2007; Aïach, 2009).

#### 4.3 Utopie de la santé parfaite et pathologisation du social

En plus de l'expansion du domaine médical et de l'extension du champ de compétence de la médecine, la médicalisation est largement associée, dans la littérature à caractère sociologique, à un troisième mécanisme : la pathologisation généralisée de la vie sociale fondée sur l'utopie d'une santé parfaite. L'élargissement de la définition de la santé, survenue officiellement dans la période d'après-guerre, est identifié comme un tournant dans ce mouvement de pathologisation du social. Entrevue depuis la création de l'Organisation mondiale de la santé en 1946 comme un « état complet de bien-être physique, mental et social », certains attribuent à Wendell Philipps, ancien président de l'*American Medical Association*, l'origine de cette définition de la santé alors qu'il affirmait en 1926 :

Trop de nos concitoyens traversent la vie en s'accommodant d'une santé tout juste bonne. Tandis qu'ils accomplissent leurs tâches quotidiennes, ces hommes tout juste en forme ne connaîtront pas l'exultation et le bonheur de la santé parfaite. Le rôle du médecin de demain est un droit absolu pour tous. Plus de bonne santé débordante, c'est plus de bonheur, de confort, d'utilité et de valeur économique pour l'individu. Nous ne connaissons pas de superman sans super-santé (Thiel, 2006, p. 97).

Sans en être la cause, cette redéfinition de la santé a certainement ouvert la voie à une extension illimitée de la médicalisation, comme le soulignent de nombreux auteurs (dont Fox, 1977; Crawford,

1980; Zola, 1981; Vuori, 1982; Conrad, 1992, 2007; Szarsz, 2007). La santé n'est plus dans cette perspective considérée comme un simple moyen en vue d'atteindre un objectif ou même comme l'un des piliers indispensables à la vie, mais comme un but en soi, voire même, selon Zola (1981), comme la définition même de la vie. Face à cette nouvelle rhétorique voulant que la santé signifie le bonheur et le bonheur, la santé, plus rien ne semble pouvoir échapper à ce cadre interprétatif (Shrabanek dans Aïach, Menou et Drulhe, s.d.). Les moindres aspects de la vie, tels que le travail, les loisirs, les relations interpersonnelles, le logement, l'alimentation, etc., sont désormais entrevus sous la lentille du normal et du pathologique, comme le soulignait déjà Crawford en 1980.

« [...] more and more experiences are collapsed into health experience, more and more values into health values. Health, or its supreme – “super health” – subsumes a panoply of values: “a sense of happiness and purpose”, “a high level of self-esteem”, “work satisfaction”, “ability to engage in creative expression”, “capacity to function effectively under stress”, “having confidence in the future”, “a commitment to living in the world”, the ability “to celebrate one's life”, or even “cosmic affirmation”. [...] In short, health has become not only a preoccupation; it has also become a pan-value or standard by which an expanding number of behaviours and social phenomena are judged. Less a means toward the achievement of other fundamental values, health takes on the quality of an end in itself. Good living is reduced to a health problem, just as health is expanded to include all that is good in life » (Crawford, 1980, p. 380).

Cette méta-valeur qu'est devenue aujourd'hui la santé est étroitement liée aux droits individuels et collectifs auxquels les États doivent répondre, offrant du même coup, selon Vuori (1982), une « carte blanche » pour la médicalisation du social. Puisque la santé parfaite est l'objectif premier à atteindre et que de nombreux facteurs – sociaux, politiques, économiques, etc. – peuvent en influencer la trajectoire, il est désormais du devoir des États, des populations et des autres acteurs collectifs et individuels de mettre tout en œuvre pour contrecarrer les effets des facteurs négatifs, et ainsi préserver, voire même améliorer, la santé des populations. La médicalisation illimitée des états du social représente, pour ce faire, l'une, sinon la solution la plus facilement accessible et socialement légitimée.

La médecine n'a ainsi plus d'extérieur, tous les domaines que l'on croyait à l'abri de cette médecine ayant déjà été médicalisés (Foucault, 1976 dans Sanni Yaya, 2009). Aussi, si l'intérêt des populations pour la santé et les pratiques visant à la préserver ont su traverser l'espace et le temps, c'est la vigueur avec laquelle la préoccupation pour la santé en est venue à s'imposer comme valeur suprême – régissant désormais toutes les sphères de la vie des individus et des collectivités – qu'il nous faut aujourd'hui prendre en compte dans l'analyse de la médicalisation (Sanni Yaya, 2009). La santé est, pour ainsi dire, devenue un impératif catégorique, que la maladie ou la défaillance rendent inaccessible. La maladie représente une transgression ou rupture qui empêche les individus de

pleinement se réaliser, en les privant des jouissances de la vie et en les soumettant « à un paroxysme et [les jetant] alors dans un monde irrationnel, violent et cruel » (Sanni Yaya, 2009, p. 7).

### *Prévention, promotion, responsabilisation*

La médicalisation représente ainsi l'élargissement sans fin des frontières de la médecine, dont la conséquence ultime se présente sous la forme de la pathologisation du social, laquelle se manifeste notamment par l'assimilation des habitudes et comportements individuels à un discours de promotion de la santé et de prévention des maladies. Les études et recherches abordant la question de la médicalisation dans la littérature sociologique à la fin des années 1960 ont aussi cherché à mettre en évidence les interactions qui animent les facteurs sociaux, environnementaux, économiques et biologiques et leurs effets sur la santé des individus et des populations, préoccupations qui animent encore aujourd'hui de nombreux sociologues.

« Although our genetic endowment obviously affects size, shape, strength, and health, these bodily characteristics are also strongly affected by our habits and way of life, together with the built environment and the overall environment of the earth (gravity, etc.). Some of these factors are well known (or strongly suspected): diet, exercise, use of tobacco, exposure to environmental toxins or violence, stress. No doubt there are surprising new factors yet to be discovered. However, such factors are always in the picture, no matter where or when we live, and so our bodies are always at least partially constructed by our own choices, the choices of others, and by the environment » (Purdy, 2001, p. 254).

La santé devient, sans contredit, publique alors que de nouvelles spécialités (médecine préventive, communautaire, etc.) s'affichent, de prime abord, comme un contrepoids efficace à la médecine curative et à son arsenal thérapeutique (Thiel, 2006). C'est d'ailleurs dans le but d'accorder plus d'importance à cette nouvelle approche de promotion de la santé et de prévention des maladies, qui a émergé dans les années 1970 parallèlement à l'expression médicalisation, que des auteurs comme Marc Renaud (1995) et Lantz, Lichtenstein et Pollack (2007) ont proposé, chacun à leur époque, de réinterpréter le concept de médicalisation à la lumière des déterminants sociaux de la santé. « Le concept de médicalisation a-t-il toujours la même pertinence ? » s'interrogeait d'ailleurs Renaud en 1995.

La question qui se pose aujourd'hui, à mon avis, est celle de l'avenir des recherches qui prennent ce concept pour assise fondamentale. Faut-il poursuivre avec la même ténacité que dans les années '70 et '80 l'examen du processus de médicalisation dans les sociétés contemporaines ? S'il faut certes conserver un regard critique à l'égard de la médecine et continuer de dénoncer les effets pervers sur lequel débouche son énorme pouvoir, faut-il pour autant conserver la « médicalisation » comme axe central de recherche ? Je ne crois pas [...] (Renaud, 1995, p. 169).

Alors que la médicalisation est le résultat d'un processus interactif influencé par la conjoncture de forces sociales, il devient, pour Renaud, nécessaire de revisiter le programme de la sociologie de la santé et ainsi redéfinir ses intérêts et questionnements de recherche. Si l'analyse des processus et enjeux relatifs à la médicalisation doivent malgré tout continuer de mobiliser des ressources importantes et se maintenir dans le paysage sociologique, il est désormais impératif, écrivait-il en 1995, d'accorder une attention plus soutenue à l'étude des organisations, des communautés ou des sociétés qui génèrent le plus de santé afin de développer une meilleure compréhension des déterminants de la santé et des dynamiques sociales qui entourent la production de la santé et des maladies (Renaud, 1995; voir aussi Lantz, Lichtenstein, et Pollack, 2007).

Cette frontière entre des notions comme celles de médicalisation, de promotion de la santé, de prévention des maladies et de déterminants sociaux de la santé est toutefois éphémère dans la littérature sociologique analysée. La médicalisation, en étant associée à un mécanisme de pathologisation du social, incorpore de fait tout ce qui se répercute, de près ou de loin, sur la santé, et donc sur le bien-être des individus et des populations. De nombreux sociologues ont ainsi fait remarquer à quel point ces discours sur les déterminants sociaux et la promotion de la santé et la prévention des maladies ont rapidement été incorporés au champ de compétence de la médecine, justifiant ainsi l'encadrement médical d'un ensemble toujours grandissant d'habitudes de vie et de comportements influençant la santé. Ce qui devait servir de contrepoids à la médecine curative et limiter son expansion a, paradoxalement, fortement contribué à alimenter l'extension illimitée de la médicalisation du social dans un mouvement de pathologisation généralisée (Vuori, 1982; Bouchard et Cohen, 1995; Verweij, 1999).

« Therefore, I will consider medicalization in the context of preventive medicine as referring to two related processes. One is on the level of language and concepts: terms such as "health", "(un)healthy", and "illness" are used for "new" areas: behaviour, properties, events and problems which used to be part of normal life. On a practical level "medicalization" refers to the phenomenon that (healthy) persons tend to adjust their life and life-style according to medical information, advice and procedures » (Verweij, 1999, p. 94).

Il est ainsi intéressant de constater, à l'instar de Panese et Barras (2009), que les interventions sociales (et non médicales) proposées notamment par Illich, et qui avaient pour but d'améliorer l'hygiène de vie des individus, ont depuis été entièrement récupérées par le discours médical et intégrées dans un processus de médicalisation pourtant dénoncé par l'auteur lui-même. Or, « qu'est-ce que l'hygiène actuellement, sinon un ensemble de règles établies et codifiées par un savoir biologique et médical, quand ce n'est pas l'autorité médicale elle-même, entendue au sens strict, qui l'a élaborée ? L'anti-médecine ne peut opposer à la médecine que des faits ou des projets revêtus d'une certaine forme de médecine [...] » (Foucault, 1994 dans Panese et Barras, 2009, p. 42). La « nouvelle » santé publique – supervisée par l'institution médicale elle-même – cherche ainsi à améliorer la santé des individus et des populations par leur adoption de « saines » habitudes de vie et de comportements appropriés, parce que la santé « is not something that people have but something that can only be achieved through effort and work » (Furedi, 2006, p. 17; voir aussi Lantz, Lichtenstein et Pollack, 2007).

Motivé par une préoccupation nationale pour les enjeux de santé et la recherche, sans fin, d'une santé parfaite, tous les acteurs d'une même communauté se doivent d'être solidaires et d'unir leurs efforts afin d'assurer la santé de leurs membres, alors que pour y parvenir chaque citoyen doit devenir « acteur de son bien-être par le renforcement de l'action communautaire et l'acquisition d'aptitudes individuelles » (OMS, 1986, citée dans Thiel, 2006, p. 101; voir aussi Crawford, 1980). Fruit de l'hybridation entre des composantes médicales, étatiques et individuelles, la médicalisation ne cherche plus uniquement à diminuer le taux de prévalence des maladies, mais aussi, et surtout à assurer la création « de milieux favorables à l'épanouissement individuel » (OMS, 1986, citée dans Thiel, 2006, p. 101). La médicalisation réfère ainsi à cet impératif de santé que les populations et les États se doivent de respecter, passant à la fois par la mise en œuvre de pratiques individuelles et par l'instauration de conditions sociales et d'environnements adéquats.

« [...] medicalising is also measuring, appraising, assessing, projecting; governing peoples through a public health project; organising administrative systems for recording and keeping health data for the purposes of statistical and epidemiological comparisons; shifting the attention from the "disease" object to other fields of action such as urban environment health, healthiness of buildings and spaces, air and water quality; totalising the "health imperative", to be considered a duty of both the individual and society. In this context, singular only means particular, in other words just a link of knowledge in the chain of population » (Colucci, 2006, p. 2).

Aussi, pour plusieurs auteurs, cette obsession ou cet impératif de santé cache une volonté de normalisation des comportements, alors que l'obligation morale de se conformer aux standards établis ne cesse de s'accroître (Aïach, 1998; Verweij, 1999; Furedi, 2006; Thiel, 2006; Aïach, Menou et



Drulhe, s.d.). Zola, d'ailleurs, a, dès ses premiers écrits, associé la médicalisation à un « emprunt à la médecine d'une morale de la vie saine », proposant même que cette « édification d'un modèle de vie saine et [l']exorcisation des influences néfastes » puisse représenter le plus « puissant des processus de médicalisation de la société » (Zola, 1972, p. 437; Zola, 1981, p. 44-420). La médicalisation, par l'entremise notamment de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, s'appuie sur la divulgation de normes établies selon des équations épidémiologiques – et non pas en vertu du corps comme entité unique –, alors que quiconque décide de ne pas s'y conformer sera tenu responsable de sa propre maladie, de ses conséquences potentiellement tragiques et de l'incapacité qu'elle provoque à maintenir des standards de performance.

Ainsi, le symptôme apparaît comme « l'équivalent d'une tache infamante à éliminer, à éradiquer [...] ». En ce sens, il est demandé au médecin, voire à tout soignant, de le faire disparaître parce qu'il est devenu paradigme de l'anomalie » (Barbier, 1993, p. 10). Responsables de leur état de santé, les individus portent le fardeau de leurs choix de vie qui auront inévitablement des répercussions, positives ou négatives, sur leur état de santé et donc sur leur échelle de bien-être. « L'homo medicus » se transforme ainsi en sujet idéal de la médecine, capable de percevoir en son propre corps un objet clinique dont il est chargé de prendre soin. Transformé en auxiliaire médical, l'individu est à même de dépister les maladies qui pourraient l'affecter et dont l'existence sera confirmée ou infirmée par divers tests médicaux, toujours plus sophistiqués. Mais, si cette capacité de contrôler sa propre existence représente pour de nombreux acteurs un pas de géant face à leurs prédécesseurs qui devaient s'en remettre à une volonté divine ou à une connaissance médicale limitée, elle porte aussi inévitablement en elle la possibilité d'un blâme social, pour quiconque fait défaut d'assumer ses responsabilités (Crawford, 1980; Conrad, 1992; Gori et Del Volgo, 2004).

Dans la détermination classique du fondement du pathologique, l'individu n'avait pas de responsabilité à l'égard du déclenchement de sa maladie; mais aujourd'hui ? Ne laisse-t-on pas entendre que les individus (ou certains d'entre eux) « choisissent » d'être malades ? Et n'observe-t-on pas des patients qui se blâment de leur maladie, qui se sentent coupables à cause de son apparition ? Mais, sur un autre versant, la médecine dit son mot sur des aspects de la vie ordinaire et quotidienne qui n'ont rien à voir avec la pathologie. [...] Sur cette pente, la médicalisation s'opère par une surveillance impérative de soi (Vigarello, 1993), même en l'absence de toute « réalité-problème » [...] (Drulhe et Clément, 1998, p. 83).

Pour Verweij (1999), cette responsabilité individuelle face à la santé et la maladie ne peut que découler du contexte actuel de crise que traversent actuellement les systèmes de santé publics, pensés pour la plupart dans la période d'après-guerre. Fondés sur un principe de responsabilité collective où les individus bien portants prennent financièrement en charge les compensations ainsi que les soins et les

services dispensés aux malades, les systèmes de santé doivent désormais poursuivre leurs activités tout en faisant face à une érodation de ce sentiment de solidarité, accentué par le mouvement de pathologisation généralisée de la vie.

« Many consider solidarity as a collective good: a morally valuable feature of their society, which ought to be protected and sustained. [...] This collective good will probably not be affected by a single health promotion program, but a cumulation of information about risks of certain behaviours and life-styles may certainly result in a weakening of solidarity. If solidarity in health care is indeed considered as a collective good in society, this is a reason for its members to refrain from adopting a presumption that patients can be held responsible for illness » (Verweij, 1999, p. 99).

L'importance accordée à la responsabilité individuelle s'insère également dans cette volonté grandissante de prévention des maladies, domaine qui était jusqu'alors considéré comme « le dernier espace non investi par la médecine [puisque fondé sur] ce qui n'est pas » (Gilioli, 2008, p. 35). La médecine curative s'est ainsi doublée d'une médecine préventive chargée de détecter, par l'entremise d'une médicalisation grandissante, les maladies dont tout individu est potentiellement porteur, et ce, aussitôt que possible, c'est-à-dire parfois même plusieurs années avant l'apparition de leurs premières manifestations. Le concept même de maladie s'en trouve donc largement transformé, ne reposant plus sur une symptomatologie ressentie, mais sur l'éventuelle apparition de ces symptômes. Cette idée de médecine préventive reposant sur la responsabilité individuelle n'est toutefois pas nouvelle. Illich, en 1975, écrivait que pour être à la mode et répondre aux standards médicaux – et désormais sociaux –, il était nécessaire de « consommer du check-up », soulignant ainsi cette propension des individus bien portants à intégrer un système de surveillance et d'intervention médicale qui repose sur un culte et une idéologie de prévention. Cette idéologie repose d'ailleurs

[...] sur la promesse que l'absence de maladie grave et le maintien d'une grande vigueur physique et intellectuelle sont aujourd'hui possibles à condition d'agir selon les préceptes de l'évangile hygiéniste. [...] Cette idéologie tend à envahir l'ensemble du champ social; en ce sens, on peut la qualifier de totalisante. Ce dernier trait est un des plus importants, car il permet de rendre compte de la place de plus en plus considérable prise par le développement d'un processus de médicalisation sociale, à travers l'extension de la compétence médicale à des problèmes et difficultés d'ordre social et d'ordre psychologique. [...] La prévention accompagne et même amplifie ce mouvement de médicalisation du champ social, dans la mesure où il dépendrait « du comportement individuel » d'accroître ou de diminuer les risques potentiels « d'attraper » une maladie. [...] La prévention entretient avec l'épidémiologie des relations de bon voisinage, l'une comme l'autre en tirant un certain bénéfice, un surcroît de légitimité. La prévention tire sa légitimité scientifique des résultats de l'épidémiologie mettant en cause tel ou tel facteur de risque. L'épidémiologie cherche parfois dans sa quête de crédit ou dans ses objectifs affichés à faire reposer sa crédibilité et son souci d'honorabilité sur ses intentions préventives [...] (Aïach, 1998, p. 30).

La maxime « mieux vaut prévenir que guérir » prend, dans ce contexte, tout son sens, englobant – à un rythme accéléré – toujours davantage de maladies, affections, problèmes, comportements, événements ou conditions susceptibles de brimer les individus dans la réalisation de leurs potentialités et de compromettre leur bien-être (Aïach, 2009). Aussi, la prévention des maladies et la bonne santé des populations ne relèveraient plus seulement de la médecine, mais dépendraient aussi fortement de l'implication de tous les membres de la société, c'est-à-dire des citoyens, politiciens, entrepreneurs, etc., contribuant ainsi à la création, au dire de Szarsz (2007), d'un « état thérapeutique » dont le mandat premier est la prise en charge de la santé et du bien-être de ses enfants indisciplinés et mal-informés. D'ailleurs, s'il était autrefois moralement et socialement acceptable de passer outre certaines conditions et de ne guère s'en préoccuper, il est aujourd'hui inconcevable de ne pas médicalement investiguer chaque aspect de la vie, la situation contraire pouvant même être jugée pour négligence grave et susceptible d'être réprimandée (Purdy, 2001).

#### *L'émergence d'un état intermédiaire et l'invention de maladies*

Cette prévention des maladies est inévitablement associée à un calcul constant des probabilités, résultant en une médicalisation accrue du risque, et ce dans un contexte où les développements biotechnologiques offrent continuellement de nouvelles possibilités de détecter, à un stade toujours plus précoce, le développement futur de maladies ou la présence de facteurs de risque. De fait, ces risques sont souvent eux-mêmes considérés à titre de « protodisease » :

« Risk means the potential for disease, but it is increasingly treated as if it were an illness in and of itself. David Greaves suggests that medicine is now treating those at risk as partial patients, people who “do not feel themselves to be ill or disabled... but have been informed medically [that] because they have certain characteristics, they... are at risk of acquiring such a disease or medical condition” (2000: 23). They may not have any symptoms, but their condition is still medicalized » (Conrad, 2007, p. 163).

L'existence humaine, individuelle et collective, est désormais organisée autour de la notion de risque. Si la vie a de tout temps été confrontée au risque, il n'en demeure pas moins que la nature, l'étendue et les dimensions de ces risques ont profondément été transformées dans les sociétés contemporaines, n'étant plus majoritairement considérés comme le résultat de la malchance ou de catastrophes naturelles, mais bien de l'activité humaine en elle-même. Le risque est donc devenu, dans les sociétés modernes, un paramètre essentiel de l'existence humaine, structurant les moindres aspects de la vie sociale, et ce, même si le risque est, par définition, imprévisible. Dépendant d'un futur que l'on ne connaît pas, mais que l'on souhaiterait bien connaître, cette gestion par le risque accroît

considérablement le sentiment d'anxiété quant à tout ce qui a, ou qui est susceptible d'avoir, des répercussions sur le corps des individus, leur santé, et leur bien-être, bref sur la vie elle-même (Williams et Calnan, 1996). D'un simple calcul probabiliste confrontant le « bon » et le « mauvais », le danger repose désormais sur une véritable politique du risque entraînant des changements drastiques dans les pratiques d'intervention et de surveillance médicales : ainsi, le corps, malade, dysfonctionnel ou bien portant, a laissé sa place à l'utopie d'un corps idéal dont la santé doit être cultivée, et ce en toute circonstance, en tout temps et en tout lieu (Douglas, 1992 dans Nye, 2003).

« Although the burden of responsibility for health in this new schema rests with individuals, who are encouraged endlessly to assess the risks of particular behaviors and to make their bodies into self-directed enterprises for maintaining health and fitness, aggressive government intervention is not ruled out when particular crises in public health arise. If anything, as Robert Castel has argued, the new health doctrine of risk prevention potentially expands the occasions for intervention: "Not just those dangers that lie hidden away inside the subject, consequences of his or her weakness of will, irrational desires or unpredictable liberty, but also the exogenous dangers, the exterior hazards and temptations from which the subject has not learnt to defend himself or herself, alcohol, tobacco, bad eating habits, road accidents, various kinds of negligence, pollutions, etc." » (Castel, 1991, p. 289 dans Nye, 2003, p. 119).

Ainsi, la présence de risques est largement associée à une volonté ferme de prévenir ces risques, ou pire de les maîtriser, illusion réconfortante souligne Sanni Yaya (2009) puisque les corps et l'environnement sont perpétuellement à la merci d'un danger quelconque. La pathologisation de l'existence humaine trouve donc sa source dans cette utopie de la santé parfaite où sont contrôlés les moindres aspects de la vie. La santé devient ainsi une valeur morale suprême, impossible à atteindre, mais à laquelle la médicalisation contribue, tel un engrenage difficile à court-circuiter (Thiel, 2006).

Mais n'est-ce pas insensé, se questionne Verweij (1999), que d'associer la santé au bien-être, rendant par le fait même impossible l'atteinte des – trop nombreux et utopiques – objectifs personnels ? Et pourtant, si la médicalisation a pu prendre une ampleur jusqu'à maintenant inégalée, c'est bien parce qu'elle offre un espoir soutenu face à cette quête de la santé parfaite, de l'immortalité et de l'éternelle jeunesse, quête inatteignable à laquelle les individus consacrent temps, argent et énergie (Thiel, 2006; Sanni Yaya, 2009). La médecine se voit donc accorder pour mandat l'éradication pure et simple des maladies, ou à défaut d'y parvenir, leur prévention, afin de retarder autant que soit peu le vieillissement et ultimement repousser la mort (Gori et Del Volgo, 2004). Le désir de santé, et donc de bien-être, des individus est insatiable, les amenant à avoir recours à une médicalisation illimitée et possiblement sans issue (Gilioli, 2008). En fait, la santé devient parfois même un objectif dont on ne se souvient plus de la raison d'être si ce n'est qu'il faille être en bonne santé. S'inscrivant à la fois dans le présent et dans un futur plus ou moins lointain, cette utopie de la santé parfaite envahit l'existence dans

ses moindres recoins et repousse continuellement l'apparition des signes du passage du temps alors que « la vie se déroulerait pour elle-même dans un état d'apesanteur assez indéfinissable » (Gilioli, 2008, p. 35; voir aussi Moreau et Vinit, 2007).

Toutefois, cet espoir de retarder l'apparition de la maladie n'est pas nouveau, comme le souligne Marie-Jo Thiel au sujet de la prédiction de Descartes quant à l'avenir de la médecine :

[...] « la conservation de la santé » est « le premier bien et le fondement de tous les autres en cette vie », écrit-il. Et de préciser : « L'esprit dépend si fort du tempérament et de la disposition des organes du corps, que, s'il est possible de trouver quelque moyen qui rende communément les hommes plus sages et plus habiles qu'ils n'ont été jusqu'ici, je crois que c'est dans la médecine qu'on doit le chercher. [...] Il n'y a personne, même de ceux qui en font profession, qui n'avoue que tout ce qu'on y sait n'est presque rien à comparaison de ce qui reste à savoir; et qu'on se pourrait exempter d'une infinité de maladies tant du corps que de l'esprit, et même aussi peut-être de l'affaiblissement de la vieillesse, si on avait assez de connaissance de leurs causes et de tous les remèdes dont la nature nous a pourvus ». [...] En rêvant à une médecine rendant les humains « plus sages et plus habiles », Descartes fait sortir la médecine du cadre de la seule pathologie pour l'ouvrir à une nouvelle mission, celle de maîtriser les conditions naturelles de l'existence afin de favoriser ce qui relevait jusqu'alors de la vertu ! (Thiel, 2006, p. 97).

Si les individus étaient autrefois jugés bien portants jusqu'à preuve du contraire, il subsiste aujourd'hui un état intermédiaire regroupant tous les individus potentiellement malades, voire simultanément « malade » et « à risque », étant tous susceptibles d'être affectés par plusieurs conditions de nature médicale. Cet état intermédiaire peut par ailleurs être représenté sous sa forme ultime par ceux qu'on a surnommés les « worried well », ces individus inquiets face à leur état de santé et qui sont couramment l'objet d'une surveillance étroite ou d'une intervention médicale, certains étant même appelés à prendre des décisions de nature médicale avant même l'apparition des premiers symptômes (Fox, 1977; Zola, 1981). On en est venu aujourd'hui « à demander à des individus de prendre des décisions concernant des maladies qui ne les menacent pas directement, mais qui pourraient se manifester chez leurs enfants ou leurs petits-enfants » (Zola, 1981, p. 40).

Cette obsession pour la santé parfaite contribuerait notamment à masquer la souffrance et les épreuves pourtant inhérentes à l'existence humaine. Refusant les épreuves de la vie, la médicalisation offre aux individus la promesse – fondée ou irréaliste – de gérer l'instabilité de leur humeur, d'améliorer leur performance, ou encore de masquer leur peine et douleur, pour n'en nommer que quelques exemples (Illich, 1975; Davies, 2006). Pour Illich, l'iatrogenèse sociale, soit cette incapacité des individus à faire face aux épreuves de la vie, est l'une des conséquences les plus dramatiques de la médicalisation. Être en santé suppose, pour cet auteur, de posséder la capacité de prendre conscience et de gérer soi-même



sa souffrance, ce que la médicalisation a radicalement transformé en retirant à la souffrance sa raison d'être et la signification qui lui est attribuée par chaque malade, la transformant en simple problème technique que la médecine se doit de régler. Ce faisant, elle aplanit les sensations vécues par les patients les rendant tous artificiellement insensibles et inconscients. Cette gestion technique des expériences humaines participerait à une expropriation de la douleur alors qu'il « est devenu extrêmement difficile de reconnaître que la capacité de souffrir peut constituer un signe de bonne santé, dès lors que sa suppression institutionnelle incarne l'utopie technique directrice de la société » (Illich, 1975, p. 150). Et dans son sillage dévastateur, la médicalisation a aussi comme conséquence de contribuer à une lourde perte de crédibilité pour les individus malades; leurs demandes, préoccupations et sentiments étant tous uniquement interprétés à la lumière de leur statut de malade.

« Call a man a villain and you have the choice of either attacking or avenging. Call him mistaken and you invite yourself to attempt to set him aright. Call him sick or crazy and all his behavior becomes dismissable. Because a man has been labelled ill, all his activity and beliefs, past, present, and future becomes related to, and explainable in terms of his illness. Once this occurs we can then deny the validity of anything which he might say, do, or stand for » (Burke, 1959, p. 4 dans Zola, 1983, p. 277).

Aussi, la médecine contemporaine dispose d'un arsenal thérapeutique lui permettant d'appréhender le corps comme un objet, un « fragment d'espace » (Moreau et Vinit, 2007, p. 37) qu'elle s'emploie à cartographier et modifier au gré des normes sociales et médicales en vigueur – les deux étant intrinsèquement liées. Cette image d'un corps brouillon, remodelable à l'infini, renforce la conviction des gens qu'ils sont des machines dont la durabilité dépend de la fréquence des visites à l'atelier. Dans un rapport mécanique à lui-même, l'individu moderne exige d'avoir tout dans l'immédiateté, n'hésitant pas à faire intervenir la science médicale lorsque son corps ne correspond pas/plus à l'identité qu'il souhaite projeter ou encore pour atteindre le niveau de performance recherché. Cette médicalisation fait donc en sorte que les individus n'ont plus besoin d'être malades pour être patient (Szarsz, 2007; Gilioli 2008). Ainsi comme le soulignait Illich dès 1975, « des gens qui ne sont pas malades en arrivent à se livrer à l'institution médicale pour le bien de leur santé à venir. Résultat : une société morbide qui exige une médicalisation universelle et une institution médicale qui certifie une morbidité universelle » (Illich, 1975, p. 80). D'ailleurs, il nous faut souligner le fait que quelques auteurs ont qualifié cette « hypocondrie collective » (Gilioli, 2008) de surmédicalisation de l'existence humaine (Illich, 1975; Gori, 2006). Mais, pour la majorité des auteurs dont nous avons analysé les publications, le terme médicalisation réussit déjà à traduire cette idée d'une incorporation complète des sphères de la vie humaine sous le joug d'une idéologie biomédicale, faisant de la surmédicalisation, dans les rares cas où cette expression est employée, un synonyme de médicalisation (Conrad, 2007).

La médicalisation s'inscrit donc dans un processus généralisé de pathologisation du social marqué par cette extension quasi infinie du champ d'intervention de la médecine sur les divers aspects de la vie humaine, incluant ses angoisses, ses joies, ses peines, ses questionnements, et ses préoccupations, dans le cadre de cette recherche perpétuelle de la santé parfaite. Il n'y a pas un problème ou une caractéristique, même les plus banales et élémentaires, du comportement humain, qui ne soit pas ou ne risque pas d'être entraîné dans cette spirale de la pathologisation de l'existence humaine (Sanni Yaya, 2009). Il en résulte un cycle sans fin marqué par une escalade des angoisses, générées par un corps imparfait et insatisfaisant, et une demande tout aussi croissante pour des interventions de nature médicale. Dans cette perspective, tous les individus seraient porteurs ou potentiellement porteurs d'une quelconque maladie, affection, problème, et tout et tous peuvent et doivent être traités (Blech, 2005). Cet accroissement de la médicalisation est ainsi fortement alimenté – et les alimente en retour – par des obsessions hypocondriaques à la fois individuelles et collectives (Gilioli, 2008; Sanni Yaya, 2009). À force de percevoir les comportements, attitudes et émotions comme d'autant de menaces pour le bien-être, la vie humaine en vient à être considérée comme étant potentiellement déficiente, nécessitant une constante surveillance et intervention médicale (Blech, 2005).

À ce titre, Panese et Barras ont récemment répertorié dans la littérature certaines thématiques ou catégories populationnelles qui aujourd'hui retiennent l'attention des « champs médico-sanitaires », démontrant à quel point les frontières de l'intervention médicale se sont étendues au cours des dernières décennies :

« corporéité » : obésité, ulcères, cancer, piercing, hypoglycémie, côlon irritable, syndrome prémenstruel; « sexualité » : femme, reproduction, stérilité, sexualité (féminine, masculine, adolescente), contraception, ménopause, mutilations sexuelles féminines, avortement, performance sexuelle, dysfonction sexuelle, comportement sexuel, ambiguïté sexuelle, homosexualité, abus sexuels sur enfants; « procréation » : fœtus, grossesse, naissance, mortalité néonatale, allaitement, nutrition infantile, enfance; « dépendances » : toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, achats compulsifs; « fin de vie » : vieillesse, mort, suicide; « institutions » : nature, culture, nation, race, famille et parenté, anthropologie, éducation, style de vie, vie quotidienne, travail, santé publique, soins, hôpital, bain rituel juif; « déviance » : crime, comportements criminels, délinquance, comportements déviants; « conditions sociopolitiques » : pratiques sociales, problèmes sociaux, vie sociale, misère, pauvreté, condition humaine, détresse; « sujet » : personnalité, timidité, phobie sociale, anxiété sociale, anxiété généralisée, traumatisme et stress post-traumatique, expérience de la guerre, dépression, trouble obsessionnel compulsif, trouble panique, hyperactivité, maladie mentale infantine, santé mentale (Panese, Barras, 2009, p. 36).

Ainsi, puisque « la vie n'est plus une succession de différentes formes de santé, mais une suite de périodes qui exigent chacune une forme particulière de consommations thérapeutiques » (Illich, 1975,

p. 62), les raisons pour lesquelles les individus sont amenés à consulter un professionnel médical se sont grandement diversifiées au cours des dernières décennies. À cet égard, le *British Medical Journal* a réalisé à deux reprises, soit en 1979 et 2002, une enquête auprès de médecins anglais leur demandant de répertorier les motifs de consultation de leurs patients qui, à leur avis, ne semblaient pas correspondre strictement à une maladie, ce que plusieurs auteurs ont d'ailleurs surnommé des *non-diseases* (Ngoundo Mbongue et al, 2005; Panese et Barras, 2009). Ainsi, selon Richard Smith, ancien éditeur du BMJ, « [in 1979] almost 100 % [of the doctors] thought that malaria and tuberculosis were diseases, but less than 20 % thought the following to be diseases: lead poisoning, carbon monoxide poisoning, senility, hangover, fractured skull, heatstroke, tennis elbow, colour blindness, malnutrition, barbiturate overdose, drowning, or starvation » (Panese et Barras, 2009, p. 52). Néanmoins, toujours selon le BMJ, « le palmarès statistique de ce que les médecins considèrent en 2002 comme *non-diseases* est bien différent : 1. Vieillesse, 2. Travail, 3. Ennui, 4. Poches sous les yeux, 5. Ignorance, 6. Calvitie, 7. Taches de rousseur, 8. Grandes oreilles, 9. Cheveux blancs ou grisonnants, 10. Laideur, 11. Accouchement, 12. Allergie au XXI<sup>e</sup> siècle, 13. Décalage horaire ("jetlag"), 14. Chagrin, 15. Cellulite, 16. Gueule de bois, 17. Anxiété sur la taille du pénis, 18. Grossesse, 19. Être un fou du volant, 20. Solitude » (Panese et Barras, 2009, p. 52).

On assiste ainsi à une reconfiguration des frontières entre la maladie et la santé, entraînant l'élargissement du spectre des inquiétudes et autres motifs pour lesquels les individus ont tendance à réquisitionner un avis médical. La médicalisation de la vie accorde par le fait même à la médecine un droit d'accès quasi absolu aux domaines les plus tabous de l'existence humaine, lesquels ont trait aux aspects les plus personnels et intimes de la vie de l'individu – tant sur les plans physique que psychologique. Isolés avec leurs problèmes et préoccupations personnels, les patients ont tendance à considérer les professionnels médicaux comme les seuls à qui pouvoir se confier. La médecine clinique se double ainsi désormais d'une vocation compassionnelle prenant en charge non plus uniquement la maladie au sens strict du terme, – même si celui-ci tend à s'élargir –, mais aussi la souffrance, qui est désormais traitée et définie au même titre qu'une maladie. Toutefois, cette situation contraint tous les individus à divulguer leurs inquiétudes et soucis ne pouvant plus se contenter de décrire leurs symptômes physiques, si bien qu'aujourd'hui seule une minorité des consultations médicales impliquent un risque vital pour le patient (Zola, 1981; Barbier, 1993; Conrad, 2007; Panese et Barras, 2009; Aïach, Menou et Drulhe, s.d.).

Mais si « le normal entre dans le champ de la santé » (Fassin dans Panese et Barras, 2009, p. 53), il ne faut pas oublier que tous ces autres motifs de consultation – ces *non-diseases* – témoignent d'une souffrance bien réelle chez ces individus.

Il convient [...] de reconnaître à l'instar de Smith le caractère authentique des souffrances véhiculées par ces plaintes insolites : « [...] we were not suggesting that the suffering of people with these « non-diseases » is not genuine. The suffering of many with « non-diseases » may be much greater than those with widely recognised diseases. Consider the suffering that might come from grief, loneliness, or redundancy » (Panese et Barras, 2009, p. 53).

Cette pathologisation de l'existence humaine à travers laquelle la médecine prend le relais, par la médicalisation, dans la gestion de la vie quotidienne a aussi pour conséquence l'élasticité quasi infinie de l'offre et de la demande pour des interventions de confort et de nature cosmétique. La médecine ne vise plus seulement à traiter les maladies ou à améliorer la qualité de vie des patients, mais aussi à améliorer l'état des bien portants. Il en découle selon plusieurs auteurs un dilemme conceptuel et éthique entre les traitements médicaux « légitimes » et les interventions de confort (Vuori, 1982; Verweij, 1999; Conrad et Leiter, 2004; Gori et Del Volgo, 2004; Blech, 2005; Suissa, 2007; Aïach, 2009). D'ailleurs, à ce titre, un ancien commissaire de la *Food and Drug Administration* aux États-Unis avait déjà prédit en 1966, l'apparition de « drogues plus spécifiques et plus puissantes que tout ce que nous connaissons actuellement... un grand nombre de ces drogues seront destinées à des personnes que nous serions portés à considérer comme bien portantes » (citation de J.L. Goddard dans le *Boston Globe* du 7 août 1966 dans Zola, 1981, p. 42).

Ainsi, si les sociétés occidentales assistent globalement à une diminution des taux de mortalité, le nombre de maladies déclarées par les patients tend au contraire à s'accroître (Aïach, Menou et Drulhe, s.d.). Un nouveau terme a d'ailleurs fait son apparition dans la littérature, soit le *disease mongering* ou l'*invention de maladies*. Il est intéressant de noter, à l'instar de Hafferty (2006), que si la médicalisation et le *disease mongering* sont deux concepts qui, a priori, se distinguent fortement, ils partagent en fait des ressemblances profondes.

« It would appear that both literatures have little in common – except for their topic of interest. But the two appear quite similar. The PLOS [Public Library of Science] Medicine thematic issue editors Moynihan and Henry define disease mongering as “the selling of sickness that widens the boundaries of illness and grows the markets for those who sell and deliver treatments” and as “campaigns that inappropriately widen the boundaries of treatable illness”. Conrad, in turn, defines medicalization in his 2005 review article as “the essence of medicalization became the definitional issue: defining a problem in medical terms, usually as an illness or disorder; or using a medical intervention to treat it” » (Hafferty, 2006, p. 44).

Pour les auteurs qui utilisent le concept de *disease mongering*, ce dernier serait lié aux débouchés économiques de l'industrie de la santé, même si, comme nous le verrons ultérieurement, le terme médicalisation est aussi largement associé à de telles considérations économiques. Les inventeurs de maladies développent dorénavant un comprimé pour chaque maladie et une maladie pour chaque comprimé contribuant par le fait même à la médicalisation d'un ensemble grandissant de comportements, d'événements et d'épreuves de la vie qui n'étaient jusqu'alors pas systématiquement jugés pathologiques (Moynihan, Heath et Henry, 2002; Lippman, 2004; Blech, 2005). Aussi, alors que Voltaire prétendait que le rôle de la médecine était de distraire le malade pendant que la nature se chargeait de sa guérison, la médecine moderne cherche davantage, selon Blech (2005), à convaincre les individus que la nature les accable de nouvelles maladies, dont seuls les médecins en possèdent le pouvoir de guérison. À ce titre, la pièce de théâtre *Knock ou le triomphe de la médecine* rédigée en 1923 par Jules Romain est régulièrement citée dans les écrits sociologiques sur la médicalisation, afin d'illustrer cette propension de la médecine à transformer les individus bien portants en perpétuels patients, sans cesse affligés d'un mal différent.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, un certain Knock décidait de faire passer à ses contemporains l'habitude d'être en bonne santé. Le médecin français allait ainsi bâtir un univers dans lequel n'existaient plus que des patients, car « les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent ». Fraîchement diplômé, le Dr Knock vient s'installer à Saint-Maurice, un bourg de montagne dont les robustes habitants ne consultent jamais. Son prédécesseur, Parpalaïd, un vieux médecin de campagne ruiné, tente de le consoler en lui assurant : « Vous avez ici le meilleur type de clientèle : celle qui vous laisse indépendant ». Mais l'ambitieux Knock ne compte pas se satisfaire de si peu. Comment le nouveau venu pourrait-il cependant attirer des êtres en pleine santé dans son cabinet ? Que pourrait-il bien prescrire à ceux qui ne souffrent de rien ? [...] Le bourg finit par ressembler à un vaste hôpital. Il y reste juste assez d'habitants en bonne santé pour soigner les malades. Le pharmacien fait fortune; tout comme l'hôtelière, dont l'établissement, transformé en infirmerie, ne désemplit pas (Blech, 2005, p. 15-16).

Aussi, pour plusieurs auteurs, cette transformation des inquiétudes, angoisses, comportements et événements de la vie en maladies reconnues compromet dorénavant l'expression même de la diversité de la vie humaine par une déterritorialisation des identités individuelles et collectives. La moindre caractéristique ou différence est aujourd'hui susceptible d'être diagnostiquée comme une forme pathologique, et ainsi être sujette à une intervention de nature médicale (Purdy, 2001; Conrad, 2007; Sanni Yaya, 2009). Il ne faut toutefois pas oublier, comme le souligne Nikolas Rose (2007), l'apport considérable de la médecine dans le développement des sociétés occidentales qui a su bouleverser à jamais l'attitude et les modes de vie des individus modernes. En jetant son dévolu sur le corps et l'esprit des individus malades et bien portants, la médecine a contribué à forger une nouvelle identité et façon de vivre, faisant ainsi beaucoup plus que de simplement définir, diagnostiquer et soigner des



maladies comme l'indique son mandat premier (Kiefer, 2007). Cette préoccupation pour la santé, dont la médecine a fait sienne, a largement influencé l'identité même des individus qui en viennent désormais à se définir en regard à leur état de santé ou aux maladies qui les affligent, surtout lorsque la pathologie dont ils souffrent est l'objet d'une intense médiatisation (Furedi, 2006; Gilioli, 2008).

« Individuals make sense of their experience through reflecting on their specific circumstances and in line with the expectations transmitted through prevailing cultural norms. People have no inner desire to perceive themselves as ill. However, powerful cultural signals provide the public with a ready-made medicalized interpretation of their troubles. And once the diagnosis of illness is systematically offered as an interpretative guide for making sense of distress, people are far more likely to perceive themselves as ill. That is why, despite the steady advance in public health and medicine, an increasing section of society define themselves as ill, or suffering from a long-term illness or disability » (Furedi, 2006, p. 17).

À une époque marquée par l'insécurité et l'instabilité identitaire, un diagnostic médical a certes l'avantage de conférer une piste identitaire aux individus souffrant, leur permettant ainsi de faire sens des expériences difficiles qu'ils ont à traverser (Broom et Woodward, 1996; Furedi, 2006). Cette reconfiguration, on ne peut plus floue, des frontières entre la maladie et la santé, a su créer un état intermédiaire – où la maladie, si elle n'est pas déjà présente, n'est jamais bien loin – influençant à jamais les trajectoires de vie et processus de construction identitaire.

#### *Médicalisation, santéisation et contrôle social*

Certains auteurs ont introduit dans la littérature sociologique le concept de *santéisation* ou *sanitarisation* (healthism ou healthicization) pour illustrer encore davantage cet effacement des frontières entre la santé et la médecine. En effet, selon Zola (1981) et Crawford (1980), l'obsession de la santé est telle dans les sociétés occidentales qu'elle doit désormais être distinguée du processus, phénomène et concept de médicalisation. La santéisation est définie comme « the preoccupation with personal health as a primary – often the primary – focus for the definition and achievement of well-being; a goal which is to be attained primarily through the modification of life styles, with or without therapeutic help » (Crawford, 1980, p. 368). Si le corps, fondamentalement faible et vulnérable, se doit d'être protégé, il porte également en lui la clé du succès en vue d'atteindre une santé parfaite (Vuori, 1982). La médicalisation, soit « le basculement d'enjeux sociaux et moraux dans le champ du médical », et la santéisation, qui à l'opposé représente « la transposition de problèmes médicaux ou de santé publique, en enjeux moraux et sociaux » (Collin et Suissa, 2007, p. 27; Conrad, 1992) sont donc, pour certains auteurs dont Zola (1981), Crawford (1980) et Conrad (1992), deux processus et concepts très différents, bien qu'agissant en concomitance. Si la médicalisation suppose des causes et des

interventions de nature biomédicales, la santéisation fait pour sa part davantage appelle à des causes et des interventions ayant pour objectif la transformation des comportements et des habitudes de vie (Conrad, 1992).

Pourtant, d'autres auteurs s'opposent à cette distinction entre la médicalisation et la santéisation, les considérant plutôt comme les deux faces d'une même médaille. Ainsi, la santéisation ne serait qu'une forme – poussée à l'extrême – de la médicalisation du social. Ainsi, écrivait en 1998, Didier Fassin :

Un élément n'a pourtant pas été suffisamment abordé dans les nombreux travaux portant sur la médicalisation : la discontinuité existant dans ce processus et plus particulièrement le passage du singulier au collectif. C'est en effet au moment où s'opère un déplacement de la clinique médicale à la santé publique que la médicalisation prend toute son amplitude. [...] Autrement dit, la médicalisation suppose une normalisation. Elle devient un phénomène de société, et non plus le seul fait d'une profession, à partir du moment où la reconnaissance du problème comme pathologique se double de son inscription dans l'espace collectif, où la santé publique excède la clinique médicale, en somme où la médicalisation prend une dimension politique » (Fassin, 1998, p. 7-8).

Si la maladie est de prime abord un événement biologique nécessitant une surveillance et une intervention de nature médicale, elle est aussi fortement ancrée dans une réalité sociale elle-même traversée par différents rapports de pouvoir dans lesquels l'ordre social s'exprime physiquement à travers les différences individuelles et les possibilités de traitements (Thiel, 2006).

La médicalisation suppose certes une normalisation, mais elle franchit un nouveau pas en s'inscrivant dans l'espace public. Elle acquiert là une double dimension politique dans la mesure où, d'une part, elle érige le rapport corps physique et corps social en enjeu politique et où, d'autre part, elle fait intervenir les institutions politiques. Or, avec cette dimension sociopolitique, la médicalisation n'est plus le fait simplement d'une profession, mais de toute une société dont elle révèle les rapports de pouvoir, les processus de légitimation et la gestion des enjeux, spécialement autour des inégalités (Thiel, 2006, p. 104).

Ainsi, pour Pierre Aïach, la santéisation n'est que l'une des nombreuses formes que peut prendre la médicalisation, inscrite dans le mouvement sans fin de pathologisation du social. Cette extension illimitée de la notion de santé rend légitime l'emploi constant de pratiques médicales dans un objectif, sans cesse devancé, de prévention des maladies. Cette médicalisation de la vie ne signifie donc plus seulement l'accroissement de l'offre médicale et l'élargissement du champ de compétence de la médecine, mais renvoie à l'inscription même des normes sociales de santé dans le langage courant, où la santé devient une valeur en soi et un objectif ultime de l'existence humaine (Aïach, 1998). Paradoxalement, c'est lorsque les individus croient s'être libérés de la médecine que la médicalisation

apparaît sous la forme encore plus pernicieuse de la santéisation (Aïach, Menou et Drulhe, s.d.). Comme le souligne Robert Nye : « the irony of this development is that the goal of a perfectly healthy population – bodies that are “natural” and unmedicalized – can only be achieved by the individual internalization of a totally medicalized view of life » (Nye, 2003, p. 119).

Mais si plusieurs auteurs ne s'entendent pas sur les distinctions ou rapprochements à faire entre les concepts de santéisation et de médicalisation, il n'en demeure pas moins que la majorité des auteurs consultés associent couramment la médicalisation à la notion de contrôle social. Ainsi, la médicalisation, et ses différents mécanismes sont entrevus comme l'un des principaux outils de contrôle social développé dans les sociétés modernes, et plus particulièrement depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle.

[...] parler de « médicalisation », c'est également parler des nouveaux moyens de contrôle social dont se seraient dotées nos sociétés, en remplacement partiel de la religion, du droit et d'autres sources traditionnelles d'ordre social comme la force brute et l'autorité institutionnalisée. Par ces moyens, plusieurs événements normaux dans nos vies [...] et plusieurs comportements potentiellement déviants [...] auraient, au cours des 30 ou 40 dernières années, été de plus en plus définis, traités, voire même régulés, comme des problèmes médicaux. Ce processus de médicalisation a certes permis à un grand nombre de personnes de bénéficier du développement des connaissances biomédicales, mais, en même temps, il a donné à la médecine et au système médico-hospitalier qui l'entoure, un pouvoir de coercition et de légitimation qui est tout à fait inédit dans l'histoire humaine. Ce pouvoir – comme tout pouvoir – a des effets non-souhaités [...]. Quand nos arrière-petits-enfants regarderont le XX<sup>e</sup> siècle, il est fort probable qu'ils diront de ce processus de médicalisation qu'il aura été un des changements les plus fondamentaux de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle (Renaud, 1995, p. 168).

L'appréhension de cet état thérapeutique (Bozzini et coll., 1981; Szarsz, 2007) concorde avec cette vision, si souvent véhiculée dans la littérature sociologique, de la médicalisation comme outil de contrôle social reposant sur une médecine détentrice de la vérité absolue et dont les décisions, incontestables, s'appuient sur une supposée neutralité. La mutation pathologique de nombreux événements, conditions et préoccupations, par l'extension du domaine et du champ de compétence de la médecine et la pathologisation du social, est régulièrement dénoncée dans les écrits sur la médicalisation, et ce à toutes les époques, comme un pouvoir de la nature dont certains membres influents de la société se seraient abrogés. « [...] man's power over Nature is really the power of some men over other men, with Nature as their instrument » écrivait d'ailleurs Zola en 1983 (p. 295) en citant l'oeuvre de C.S. Lewis, 1947. Illich, quelques années auparavant, avait aussi de son côté dénoncé cette colonisation médicale, normalisatrice et autoritaire, qui, jugeait-il, s'insinue dans les

moindres recoins de l'existence humaine, portant ainsi préjudice non seulement à la capacité des individus à être en santé, mais aussi à leur capacité de s'autogérer et d'être libre.

L'entreprise médicale menace la santé. La colonisation médicale de la vie quotidienne aliène les moyens de soins. Le monopole professionnel sur le savoir scientifique empêche son partage. Une structure sociale et politique destructrice trouve son alibi dans le pouvoir de combler ses victimes par des thérapies qu'elles ont appris à désirer. Le consommateur de soins devient impuissant à se guérir ou à guérir ses proches. Les partis de droite et de gauche rivalisent de zèle dans cette médicalisation de la vie, et bien des mouvements de libération avec eux. L'invasion médicale ne connaît pas de bornes. Une sexocratie de médecins, avec le concours de militants, de formateurs et de laboratoires, laïcise et scolarise la sexualité et, en orthopédisant la conscience corporelle, reproduit « l'homme assisté » jusque dans ce domaine intime (Illich, 1975, p. 9)

Parfois imposée, mais aussi souvent désirée, la définition des problèmes sociaux et individuels en problèmes de santé autorise des manipulations sur les corps qui, auparavant, n'auraient été, en aucun cas, moralement tolérées (Conrad, 1975; Conrad et Schneider, 1980). Mais surtout, pour Illich, la médicalisation de la vie est malsaine pour les populations puisqu'elle contribue à la diminution de leur autonomie et de leur capacité d'adaptation face à leur environnement social, devenu intolérable (Illich, 1975; Panese et Barras, 2009). En maintenant les populations dans un état de dépendance face à l'offre médicale, la médicalisation tend à appauvrir la capacité, non médicale, de l'environnement social et physique de protéger les individus et diminue les possibilités que ces derniers ont – ou plutôt avaient – de faire face à l'adversité et de s'adapter. Illich (1975) franchit encore un pas de plus en associant cette catégorisation des comportements déviants – face aux normes sociales de santé – à une stratégie de contrôle social mise en place dans les sociétés contemporaines, organisée par l'entremise de leurs agents bureaucratiques mandatés, soit les médecins et les professionnels de la santé. Cette stratégie aurait pour objectif de contrôler les individus déviants, et ainsi, d'une part, réduire l'anxiété sociale face à la menace que représente ces individus au comportement anormal et, d'autre part, assurer le fonctionnement optimum et normalisé des populations dont les capacités intellectuelles et physiques sont constamment menacées par la maladie.

Mais pour Zola (1983), la médicalisation n'est pas un processus et phénomène à sens unique, mais plutôt le résultat de diverses forces politiques, économiques et sociales, qui supportent ce système et autorisent la pathologisation du social. Ainsi, la médicalisation est pour lui un champ de bataille

« [...] not because there are visible threats and oppressors, but because they are almost invisible – not because the perspective, tools, and practitioners of medicine and the other helping professions are inherently evil, but because they are not. [...] But here the danger is greater, for



not only is the process masked as technical and scientific, but as one done for our own good » (Zola, 1983, p. 284).

Particulièrement présente dans les premières analyses sur la médicalisation, comme en témoignent notamment les écrits de Pitts (1968), Illich (1975), Zola (1983) et Waitzkin (1984), cette notion de contrôle social est encore d'actualité dans la période qui couvre les années 1990 à aujourd'hui. Par exemple, Sanni Yaya (2009) et Gori (2006) soulignent à leur tour le caractère totalitaire de la médicalisation, désormais inscrite dans cette pathologisation généralisée de la vie. La médicalisation a infiltré tous les domaines de l'existence humaine, que ce soit l'organisation sociale, les rapports sociaux, la division du travail ou encore les politiques publiques, transformant ainsi la médecine en un instrument de contrôle social (Sanni Yaya, 2009). Telles des « mégères apprivoisées », les populations se soumettent aux préceptes de la médecine, favorisant l'expropriation de leur propre corps dans une relation paradoxale unissant le patient à son médecin : celle de souhaiter librement, selon Gori, ou inconsciemment selon Thiel, sa servitude (Gori, 2006; Thiel 2006).

Résultant d'un processus conscient ou inconscient, plusieurs auteurs de diverses générations s'entendent ainsi pour dire que la médicalisation représente un mécanisme particulièrement puissant de contrôle social, de domination et de subordination alors que l'inscription des problèmes sociaux dans le corps individuel réduit fortement les potentialités de résistance (Illich, 1975; Zola 1981, 1983; Conrad et Schneider, 1980; Waitzkin, 1984; Conrad, 1992; Williams et Calnan, 1996, Gori et Del Volgo, 2004; Gori, 2006; Sanni Yaya, 2009). Mais peu d'entre eux par contre, à l'exception possiblement d'Illich, ont osé présenter une vision aussi critique que celle de Colucci (2006) pour qui la médicalisation implique inévitablement un pouvoir disciplinaire sur les corps dans le cadre d'une invalidation des droits individuels.

« Medicalising means naturalising a social problem and replacing political sovereignty to tackle it. Medicalising means taming a body and turning it in the place of election where disciplinary power is exerted: hence, the body of the person committed to the asylum is a "body to be normalised" [...]; a "body to be watched over" [...]; a "body to be measured" [...]. Along these three lines, the medicalisation process also goes beyond the walls of total institutions, unlimitedly spreads into the social body and colonises political sovereignty through normalisation strategies, thus asserting a general medical authority that extensively establishes within society as a centre of decision-making power over community health. Medicalising means adopting a general prevention model within the social body (against abnormality in the broadest sense up to epidemic risk), based on the invalidation of the right of citizenship disguised as social welfare need » (Colucci, 2006, p. 2).

Ainsi, l'analyse du corpus nous a permis de constater à quel point la médicalisation réfère à des mécanismes diversifiés dans la littérature à caractère sociologique. Parfois associée à l'extension de la



démographie médicale et souvent associée à l'extension du champ de compétence de la médecine et à un outil de contrôle social utilisé en vue de soumettre les individus déviants, la médicalisation s'inscrit également dans un mouvement généralisé de pathologisation du social fondé sur l'utopie d'une santé parfaite. Les notions de promotion de la santé et de prévention des maladies sont venues changer la donne : la création de maladies ne réfère plus à la simple incorporation de quelques comportements, événements et réalités problématiques dans un cadre interprétatif biomédical, mais à la surveillance constante et au traitement des moindres aspects de l'existence humaine (inquiétudes, habitudes de vie, etc.) menaçants, ou étant susceptibles de menacer, la santé des individus, c'est-à-dire de restreindre leur capacité de fonctionner et leur bien-être. La frontière entre la santé (normal) et la maladie (pathologique) – autrefois plus rigoureusement définie alors que la santé signifiait l'absence de maladie (physique) – tend à s'estomper, créant à la place un état intermédiaire où tous les risques pour la santé peuvent justifier la médicalisation des moindres recoins, parfois même les plus intimes, de l'existence humaine. Ainsi, résultant d'un processus à la fois individuel et collectif, la reconfiguration pathologique induite par la médicalisation s'inscrit dans un ensemble de mécanismes interreliés qui interpellent la communauté de sociologues depuis maintenant quarante ans.

## CHAPITRE V

### MULTIPLICATION DES ACTEURS ET TRANSFORMATIONS CONTEXTUELLES

Si la médicalisation est associée à un ensemble de mécanismes, il ne fait aucun doute qu'elle fasse également appel à une variété d'acteurs qui, chacun à leur manière, occupe un important rôle dans l'orientation du processus et phénomène de la médicalisation. Ainsi, sur le plan des acteurs, si la médicalisation fait inévitablement référence à la profession médicale dont le rôle s'est transformé au cours des dernières décennies, les médecins ne sont pas néanmoins les seuls à être impliqués. Les auteurs consultés ont aussi mis en évidence le rôle occupé notamment par les patients, l'industrie pharmaceutique et les institutions publiques et les assureurs privés, tous des acteurs aux motivations et intérêts différents – voire divergents. Aussi, nous explorerons dans un deuxième temps, certaines des transformations sociales, économiques et scientifiques qui ont eu lieu au cours des dernières décennies et leurs importantes répercussions sur l'orientation de la médicalisation du social. Nous aborderons ainsi dans ce chapitre ces deux dimensions capitales – soit d'une part, celle des acteurs impliqués dans la médicalisation, et d'autre part, des transformations contextuelles qui ont eu lieu – afin de pouvoir saisir, dans toute son ampleur, le champ sémantique du terme médicalisation.

#### 5.1 Motivations et intérêts de divers groupes d'acteurs au service de la médicalisation

##### 5.1.1 Les médecins : agents de contrôle social ou agents facilitateurs ?

Si d'aucuns ne remettent en doute la position privilégiée de la médecine dans la société contemporaine occidentale, il n'en demeure pas moins que la profession médicale est au cœur de nombreux débats en regard à son implication dans l'intensification de la médicalisation du social. La médicalisation résulterait-elle d'un impérialisme médical à l'image du Léviathan – et si oui, quel rôle la médecine joue-t-elle encore aujourd'hui dans ce processus et phénomène social –, ou cette médicalisation serait-elle davantage le produit d'un ensemble de facteurs sociaux, politiques et économiques dans lequel les médecins seraient impliqués au même titre que de nombreux autres acteurs (Riessman, 1983; Nye, 2003) ?

*La médicalisation comme produit d'un impérialisme médical*

Ces questions ont largement influencé les réflexions sur la médicalisation, et ce dès les premières publications sociologiques à ce sujet. Les médecins n'ont pas souvent fait bonne figure dans les écrits sur la médicalisation tandis que plusieurs auteurs s'interrogent en effet sur les bénéfices qu'ils en retirent (Broom et Woodward, 1996). Pour Nye (2003) il n'est pas surprenant, dans le contexte des années 1960-1970 où la médecine semblait être arrivée à la croisée des chemins après trente ans d'innovations techniques et thérapeutiques sans précédent, que la critique envers cette dernière ait été si virulente. Car, note-il, en dépit des transformations sociales de la période d'après-guerre, la médecine demeurait réticente à l'idée de devoir partager son monopole professionnel et ainsi risquer de voir son autonomie diminuer.

« A remarkably rapid transformation was underway in the public perception of doctors from life-saving scientists to greedy monopolists, making heroes into villains and a doctor into a businessperson like any other (Stevens, 1998, p. xiv). Despite evidence that the professional interests of doctors did not always coincide with the interests of state and welfare bureaucracies, in much of the thinking and political action of the late 1960s and 1970s the strong presence of leftist-libertarian criticism guaranteed a relentless demonization of the state and state sponsorship of an authoritarian medical perspective. It was easy enough to adopt the view that medicine and the state had similarly malign objectives » (Nye, 2003, p. 116).

La médicalisation a ainsi, dès les premiers écrits publiés à la fin des années 1960, été fortement associée à un impérialisme médical, comparant les médecins à des capitaines de navire, dont le sort des malades, à l'instar de celui des passagers, repose entièrement entre leurs mains. Cette métaphore souligne le fait que les médecins sont les seuls experts reconnus, socialement et aux yeux de la loi, pour le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies (Fox, 1977). La prégnance de l'autorité médicale sur un nombre sans cesse grandissant d'opérations techniques, mais aussi sur la définition même de la maladie, représente pour Zola (1981) l'un des principaux indicateurs de cette hégémonie médicale. Aussi, la capacité autorégulatrice de la médecine à gérer la pratique de ses membres permet à la profession médicale de prendre elle-même en charge les comportements déviants de ses membres et d'assurer seule son contrôle disciplinaire (Crawford, 1980; Conrad, 1992).

Par ailleurs, si la médicalisation constitue un puissant outil de contrôle social, la médecine représente, aux yeux de nombreux auteurs, certainement l'un des principaux agents de ce contrôle social en vertu de l'autorité et des pouvoirs qu'elle détient. Qualifiés d'entrepreneurs moraux (Fox, 1977), il a souvent été reproché aux médecins de chercher à accroître leur domination professionnelle et sociale, notamment par le maintien d'une relation asymétrique avec leurs patients, représentant ainsi l'un des

éléments clés du processus, phénomène et concept de médicalisation. La possession d'un savoir technoscientifique, jalousement protégé, complique le transfert de connaissances entre le médecin et le patient (Illich, 1975).

« The great "power" that the American medical profession, particularly the physician, is assumed to possess and jealously and effectively to guard is another component of the society's medicalization. In the many allusions to this medical "power" that are currently made, the organized "autonomy" and "dominance" of the profession are frequently cited, and, in some of the more critical statements about the physician, these attributes are described as constituting a virtual "monopoly" or "expropriation" of health and illness. The "mystique" that surrounds the medical profession is part of what is felt to be its power: a mystique that is not only spontaneously conferred on its practitioners by the public but, as some observers contend, is also cultivated by physicians themselves through their claim that they command knowledge and skills that are too esoteric to be freely and fully shared with lay persons » (Fox, 1977, p. 12).

La formation universitaire et la socialisation des futurs diplômés en médecine ont été identifiées comme mode de reproduction du statut hégémonique de la profession médicale, concourant par le fait même à reproduire les relations sociales d'oppression. Rarement les médecins sont encouragés à critiquer le système social et ses iniquités, qui contribuent pourtant à la prévalence de problèmes de santé chez leurs patients : « Even in its more progressive and enlightened versions, then, professional education does not foster political action as part of the medical mission. Partly because of the perspective that they internalize in school, doctors feel more comfortable in helping their clients to adjust than in encouraging them to struggle » (Waitzkin, 1984, p. 343).

Aussi, les médecins possèdent le pouvoir de déterminer les comportements, événements ou habitudes nécessitant une surveillance ou une intervention médicale. Cette dimension politique de la médicalisation, soit celle de pouvoir départager le normal du pathologique et de décider du moment où la vie commence et où elle s'arrête, revient presque exclusivement à la médecine, constituant un pouvoir d'autant plus important dans le cadre de l'idéal sanitaire et de la prédominance accordée aux questions de santé qui a cours depuis les dernières décennies (Zola, 1981; Riessman, 1983). Mais qu'est-ce qu'un corps normal et une santé désirable pour tous ? La médecine, de par son rôle et ses responsabilités, occupe une place privilégiée parmi tous les acteurs chargés d'apporter une réponse à ces questions, d'autant plus que la façade d'objectivité scientifique derrière laquelle se cache la médecine rend quasiment impensable toute confrontation ou remise en question de ses décisions (Zola, 1981, 1983). « Que les médecins le veuillent ou non, ils se conduisent en prêtres, en magiciens, et en agent du pouvoir politique », écrivait d'ailleurs Illich (1975, p. 76) pour dénoncer l'attitude des professionnels médicaux et souligner à quel point, à son avis, la médicalisation repose sur des

considérations morales déterminées par une médecine aux influences tentaculaires et insidieuses. Zola aussi abonde dans le même sens lorsqu'il écrit :

La médecine se constitue en nouveau dépositaire du Vrai, en un lieu où sont dispensés, par la bouche d'experts qu'on prétend moralement neutres et objectifs, des jugements absolus et souvent sans appel. Des jugements qui ne font plus appel à la vertu ou à la légitimité, mais plutôt au nouvel idéal de la santé. [...] le processus qui aboutit à la désignation d'un problème social comme une maladie comporte un rapport d'inégalité d'une importance capitale, le droit de diagnostiquer et de traiter la maladie étant réservé à certains mandataires officiellement autorisés, et en premier lieu aux médecins. Dans une situation pareille, le patient éventuel est fort mal placé pour en appeler du diagnostic-verdict. [...] Même si l'on suppose que les diagnosticiens et leurs outils soient moralement neutres, ce dont je doute fort, le fait que la société décide qu'un problème social donné relève de leur compétence n'est pas sans conséquence morale. [...] Si l'on accepte la désignation de tel ou tel comportement comme une maladie, et la définition de la maladie comme un état indésirable, la question n'est plus de savoir si l'on doit intervenir, mais comment et quand on doit le faire. [...] Bien entendu, on évacue par la même occasion le problème plus fondamental, plus complexe et même plus moral de savoir quel droit devrait avoir l'individu de disposer de son corps, et ce qui, à part l'individu, aurait besoin d'être traité (Zola, 1981, p. 32, 47, 48).

L'existence d'un impérialisme médical ne fait donc aucun doute pour plusieurs auteurs, et ce, particulièrement au cours des décennies 1970 et 1980. Affamés de pouvoir et tirant les ficelles des divers mécanismes de la médicalisation, les médecins seraient ainsi à l'origine d'une colonisation de l'existence humaine dont les moindres aspects se trouveraient, tour à tour, étiquetés de maladies. Mais, malgré ce sombre portrait de la médecine, plusieurs auteurs ont tenu à dissocier les comportements et attitudes des médecins – à titre individuel – de l'institution médicale et de son monopole radical qui lui permet sans cesse de s'immiscer dans la vie des individus (Illich, 1975; Halpern, 1990; Aïach, Menou et Drulhe, s.d.). Bien que constituant une profession à part entière, la médecine regroupe plusieurs catégories et spécialités professionnelles, chacune étant influencée par une culture, des pratiques et des revendications parfois distinctes.

Aussi, il serait erroné, selon plusieurs autres sociologues, de présenter la médecine que sous cette figure du Léviathan, c'est-à-dire une médecine en pleine possession de ses moyens et exerçant un contrôle certain sur la médicalisation des individus et des collectivités. La littérature à caractère sociologique regorge d'exemples illustrant ce débat sur le rôle et la participation des médecins dans la médicalisation du social, dont les deux caricatures suivantes rédigées en 1977 par Tony Colby et George Helling en réaction à la publication de *Némésis médicale* par Ivan Illich deux ans plus tôt.



« Imagine a scene in the future. It transpires in the Emergency Room of Mercy Hospital, Iowa City's community hospital. A patient enters the pneumatic sliding doors and presents himself. For purposes of utter arrogance and misrepresentation, let us name this mythical person Ivan Illich. It is in the future. Mr. Illich has a pain in the lower part of his abdomen. His name is recorded, his temperature is taken and it is slightly elevated. He is placed in an examining room and H.A. (Homeopathic All the) Way enters the room.

"Hello". The doctor says in a genuinely human and sensitive manner. "Excuse me for a second". The doctor removes his shoes and stockings, carefully placing them on a Mayo Stand. "Rude of me to enter with my feet covered, but it was raining outside today". Dr. Way smiles empathetically, radiating compassion and concern. "What is your problem?" he asks.

"This pain. It's located on the lower right side of my abdomen. It began as a little ache and has progressed to the point where it hurts when I walk. I feel nauseated as well".

"Are you enjoying it?" Dr. Way asks.

"I understand your concern, but this pain is different", Ivan says.

"Historically different?"

"No. This pain, I feel, represents true somatic illness".

"Have you analyzed its cultural and political content?"

"Certainly. It's physical, I'm certain," Ivan insists.

"I can't understand pain," Dr. Way replies. "You may be having pain but it is existentially impossible for me to perceive it. Pain is loneliness, inexplicable in a linguistic sense and furthermore, it's damn good for you".

"I think I have appendicitis," Illich interrupts.

"Really. That is an anatomical and iatrogenic delusion of the Old Way. A long time ago men secreted the dead from the sanctity of their graves and cut them open. They found a little thing and called it the appendix. Ever since they attributed disease to this organ they so grotesquely discovered. We really don't know the history of pain, Mr. Illich. So how can I either perceive or make the slightest bit of sense out of your rather pathetic complaint".

"Science has some value". Ivan rolls to his right side and tucks his legs to lessen the discomfort. "I believe I have appendicitis".

"You have pain. Were I to acquiesce to your selfish demand I would imprison you in this filthy place – I would literally become your torturer".

"Will you give me the tools to care for it myself?" Ivan asks.

"I will give you human freedom. Freedom to experience pain. And since I'm a nice guy, I'll tell you what we can do. First of all, I'll give you a surgery pack. Give it to your neighbor. If the two of you truly think that your pain is somatic – and I caution you here – let your neighbor take it out. Remember to use the bigger blade for the skin incision and the smaller blade for the – I shudder to think of this – the mutilation that will occur when he cuts away your appendix

– if, in fact it exists”. Dr. Way sits back, now prepared for some true humanity. “But I would recommend waiting. Gather your friends about you. Display your suffering. In the morning I want a report from them on the qualities of your suffering”.

“If I have appendicitis and it isn't treated, I might die”.

“Now we are talking sense. By sending you home, away from this sickness begetting modern political trap, I am freeing you for a better death. What a horror if you should die in here, attached to tubes and monitors. Do you want institutional death? Political heresy! Die at home with your friends. If you need some help, I'm going down to the Mill later tonight. I could bring the gang over and we could do a little dancing. Before or after. Your death would be an invigorating experience for us, a renewal”.

Mr. Illich, now given sound advice, takes the bag of surgical tools and walks out of that modern nightmare to the comforts and talents of his friends and neighbors. As the pneumatic door opens, Dr. Way shouts a generous admonition, “Suffer with dignity” (Colby, 1977, p. 21-23).

(Réponse de George Helling à cette caricature écrite par Tony Colby)

In the preceding article, the story of the appendicitis-stricken Ivan Illich was dropped at the point where he passes out through the pneumatic doors of Dr. Way's office. Let us complete the story before we draw any conclusions. In the great medical center where Dr. Way's office is located, more conventional practitioners are to be found in great number, and Illich, his discriminatory power dulled by pain, staggers down the hall into the next door and, tripping on the unexpected depth of the carpet, falls into the reception room of Dr. Anthony Boldfee, Physician, Surgeon, and literary critic.

“I need medical assistance,” he blurts out over the sounds of Ravel's “Bolero” emanating from concealed loudspeakers about the room. The receptionist glances up in irritation. “We do not handle assistance cases here. You want the welfare department,” while her secretary giggles, “Have you made a mistake!”

“Call the doctor,” groans Illich from the floor in counterpoint to the “Bolero”.

“Who?”

“He wants Tony, apparently”.

“Well, I don't think he's here. His Mercedes and the Continental are out in front but the Ferrari two-seater hasn't been in its stall for a week”. Then icily to Illich, “The first appointment we can give you will be in six weeks. Until then,” a note of tension creeping into her voice, “will you please leave”.

“He's not leaving. He's just lying there – sort of curled up. Ugh!”

“Well, see if you can find Tony, for God's sake”.

“I'm trying, I'm trying”. The secretary had been busy at the telephone. “But I'm getting nothing but recorded messages”.

“Well, I'm not going to sit here while some skinny no-body flops around like a fish on the carpet. We'll start him down the referral list without Tony this time”. The receptionist presses a

button and two strapping young men in the uniforms of an ambulance service enter the room. "Take him to our allergist," she says, evident relief in her voice as she utters the familiar words that solve the problem. The recorded music changes to "Pennies from Heaven" as Illich is rolled onto the stretcher and out to the service elevator » (Helling, 1977, p.32-33).

Ces deux fictions illustrent l'ambivalence qui règne dans la littérature sociologique quant au rôle occupé par la profession médicale dans la médicalisation du social puisque si plusieurs auteurs n'ont pas hésité à en dénoncer le caractère intrinsèquement hégémonique, d'autres ont jugé cette interprétation surréaliste et fortement exagérée (Ballard et Elston, 2005).

#### *La médicalisation comme produit d'une dynamique sociale*

Malgré quelques exceptions, dont Fox (1977) et Strong (1979), c'est surtout au cours des deux dernières décennies qu'il s'est opéré un revirement important alors que la médicalisation est de moins en moins associée, dans une relation directe de cause à effet, à un impérialisme médical. Relevant davantage d'une dynamique sociale influencée par une multitude d'acteurs et de facteurs sociaux, politiques et économiques – que les sections suivantes nous donneront l'occasion d'approfondir – la médicalisation ne serait plus le seul produit d'une profession médicale en mal de pouvoir. La médicalisation et ses divers mécanismes relèveraient bien davantage d'un processus socioculturel dont l'implication de la profession médicale ne serait d'ailleurs plus obligatoire (Conrad, 1992). La forte influence exercée par la médecine serait compromise suite à une crise de légitimité dont la profession médicale subit encore aujourd'hui les contrecoups. « Doctors have been pushed out of the frame of health and medical matters » écrivait d'ailleurs Furedi en 2006 (p. 40). La population serait aujourd'hui beaucoup plus sceptique à l'endroit des innovations médicales et aux pratiques thérapeutiques, remettant régulièrement en question les connaissances médicales jugées trop éphémères, alors que parallèlement la médecine a vu son statut d'autorité et son autonomie professionnelle affaiblie. Si on assiste donc, selon des auteurs tels que Williams et Calnan (1996), à une reconfiguration critique du pouvoir et de la domination médicale, dont l'étendue des changements et les conséquences restent à découvrir, la médecine ne représente plus néanmoins la force majeure constitutive de la médicalisation.

Si la médicalisation est un phénomène social et un processus dynamique ne résultant plus d'un impérialisme médical, peut-elle tout de même exister sans l'implication des médecins ? La question que se pose à cet égard Davis (2006) est tout à fait légitime : « It is also clear that the "golden age of doctoring" is long over and that the increasing influence of medicine's "countervailing powers" [...]

has significantly undermined the old thesis of "professional dominance". The questions are whether it makes sense to define medicalization apart from medical jurisdiction and what is lost if we do » (Davis, 2006, p. 51). Conrad (2007), pour sa part, n'a jamais entrevu la médicalisation comme le résultat d'un seul impérialisme médical, mais plutôt comme le produit d'un ensemble de processus sociaux alimentés, certes, par la profession médicale. Bien que la médecine soit encore aujourd'hui la gardienne du diagnostic et du traitement – deux aspects primordiaux dans le processus, phénomène et concept de médicalisation –, d'autres acteurs, dont les patients et l'industrie pharmaceutique, y jouent désormais un rôle fondamental (Pignarre, 2006). Résultant peut-être d'un transfert de pouvoirs ou tout simplement d'un nouvel éclairage sur le rôle occupé par ces autres acteurs, il n'en demeure pas moins que pour plusieurs sociologues, dont Furedi (2006), la médicalisation ne doit en aucun cas être considérée comme un processus dirigé uniquement par la profession médicale.

« The experience of the past three decades indicates that the medicalization process is driven and shaped by influences that are distinct from the activities of the medical profession. [...] Traditionally, medicalization has been seen as a means by which doctors increased their power over other associated practitioners, such as midwives and herbalists, and over patients. Today, medicalization needs to be understood in a different context. [...] Whether or not medicalization involves the pursuit of professional interest, the intentional promotion of professional power is not its main driving force. Rather its growth has been underwritten by sociocultural processes that continually throw up a demand for medical definitions to make sense of existential problems. Above all, the demand for medicalization is generated by cultural changes that inflate the sense of individuation and powerlessness. These changes, such as the thinning out of community attachments and the decline of systems of moral meaning, were reinforced in the 1980s by the demise of social solidarity. Since then, the individuation of social experience has heightened the sense of personal vulnerability, creating further opportunities for health-related issues to encroach into the realm of social experience » (Furedi, 2006, p. 16-18).

La médicalisation, dans les analyses sociologiques contemporaines, est ainsi désormais souvent conçue comme un phénomène et un processus social dynamiques résultant non pas d'un mouvement de haut en bas (*top-down*) ou de bas en haut (*bottom-up*), mais d'un mouvement circulaire (*sideways/inside-out process*) dont les différents acteurs impliqués (les « chief drivers ») se partagent le pouvoir et l'influence sur les différents mécanismes de la médicalisation (Conrad, 2006). Ainsi s'active une triple négociation où s'entremêlent des jeux de pouvoir, de concurrence, de pression, de lutte et d'alliance, au niveau notamment : du classement des réalités problématiques visant à déterminer si ces dernières s'inscrivent ou non dans le champ de compétence de la médecine, de la sélection des modes d'intervention pour répartir les tâches des spécialistes médicaux et des autres professionnels, et dans le pilotage des opérations structurant les rapports entre ces différents professionnels (Drulhe et Clément, 1998). Il est à noter cependant que pour Drulhe et Clément (1998), la médicalisation d'une



réalité problématique, qu'elle soit propulsée ou non par la profession médicale, ne peut avoir lieu sans le consentement ou du moins l'assentiment de cette dernière.

Aussi, alors que la médicalisation a régulièrement été associée à un impérialisme médical, certains auteurs avancent maintenant l'idée que les médecins, tout en y contribuant, en seraient également des victimes. Pour Blech (2005) ainsi que Leibovici et Lièvre (2002), il s'agit bien là d'un des paradoxes de la médicalisation alors que les individus et la société tout entière s'en remettent aux médecins pour la gestion de tous les phénomènes désagréables et les diverses épreuves pourtant inhérentes à l'existence humaine, ce qui mène conséquemment à la révolte de plusieurs médecins qui s'opposent à l'extension continuelle de leur champ de compétence en vue d'atteindre cette utopie sanitaire (Blech, 2005). La médicalisation « fait du médecin l'équivalent d'un sage, d'un saint et d'un prophète. Position dont il se serait abstenu ! » (Barbier, 1993, p. 10).

#### *Démédicalisation ou déprofessionnalisation ?*

Il est important aussi de clarifier, comme plusieurs auteurs l'ont fait, les notions de démédicalisation et de déprofessionnalisation puisqu'elles ont parfois été l'objet de confusion dans la littérature à caractère sociologique. D'ailleurs, en 1977, Renee Fox écrivait que son époque était marquée par un mouvement de démédicalisation suite à la reconnaissance du moindre impact qu'avait eu historiquement la médecine sur l'état de santé des populations, contrairement à divers facteurs sociaux et environnementaux qui avaient permis de réduire drastiquement les taux de mortalité. Cette tendance à la démédicalisation, mentionnait l'auteure, allait encore s'accroître suite à des changements importants dans la structure des soins, dont la place grandissante occupée par les professionnels paramédicaux et une plus grande symétrie dans la relation médecin-patient. La démédicalisation, écrivait-elle « is the movement toward effecting greater equality, collegiality, and accountability in the relationship of physicians to patients and their families, to other medical professionals, and to the lay public » (Fox, 1977, p. 21). La fin de la médecine représentait, à ses yeux, le début d'une ère priorisant la santé, sa promotion et la prévention des maladies.

Plusieurs auteurs, dont Conrad et Schneider (1980), ont rapidement précisé qu'il s'agissait bien là d'un mouvement de déprofessionnalisation et non de démédicalisation car, comme nous l'avons mentionné, la médicalisation sous-tend également cette tendance à la pathologisation du social, notamment par la promotion de la santé et la prévention des maladies. En fait, la démédicalisation survient uniquement lorsqu'un problème ou une condition n'est plus défini en des termes médicaux ou relatifs à la santé, et



que des solutions autres que de nature médicale sont priorisées. Il va sans dire que les manifestations de démedicalisation ont été plutôt rares dans l'histoire moderne.

À cet effet, Davis (2006) note un paradoxe important : alors que la démedicalisation implique un changement radical dans la définition et le traitement d'une réalité problématique – c'est-à-dire d'une compréhension médicale à une compréhension non médicale –, un simple changement dans la définition ou le traitement d'une réalité problématique – d'une compréhension non médicale à une compréhension médicale – suffit pour associer cette problématique à la médicalisation du social. Ainsi, s'il y a bien eu quelques exemples de démedicalisation dans l'histoire – dont l'homosexualité – faisant de la médicalisation un processus à double sens (a « two-way process » selon Conrad, 1992, p. 224), il n'en demeure pas moins que la déprofessionnalisation demeure largement plus fréquente que la démedicalisation. Aussi, la confusion entre la démedicalisation et la déprofessionnalisation « distracts attention from one of the defining features of contemporary times – which is that most significant developments that shape the process of contemporary medicalization are generated outside the institution of medicine » (Furedi, 2006, p. 16).

Tout comme dans le débat sur la distinction des concepts de santéisation et de médicalisation, Fassin (1998) franchit un pas supplémentaire en affirmant que la déprofessionnalisation de la médicalisation est un indicateur de sa puissance en démontrant l'implication du monde profane dans la médicalisation et la pathologisation du social. L'exclusion ou le retrait des médecins dans le mouvement généralisé de la pathologisation du social pourrait même, à son avis, représenter la forme la plus achevée de la médicalisation (Fassin, 1998). À cet égard, Zola retrace, dans un article datant de 1983, un épisode fort pertinent tiré de sa propre expérience, illustrant cette confusion entre les mouvements de déprofessionnalisation et de démedicalisation. Au début des années 1970, alors qu'il était consultant pour le développement d'un programme de services ambulatoires, Zola a contribué à la rédaction de protocoles d'offre de services pour le diagnostic et le traitement de nombreux troubles physiques chroniques. Mettant à profit les récentes innovations informatiques, ce projet avait entre autres pour but de former les professionnels de la santé et de revoir la répartition des tâches entre les médecins et les infirmières. Pour sa part, Zola souhaitait ardemment voir ces infirmières devenir des figures de proue dans le suivi des maladies chroniques contribuant ainsi, espérait-il, à la démedicalisation de ces problèmes de santé. Et pourtant, avec le recul, il a constaté, que suite à ce transfert de la prise en charge des maladies chroniques aux infirmières, les protocoles de services ont davantage déprofessionnalisé les actes de diagnostics et traitements que véritablement contribué à la démedicalisation de ces problèmes de santé.

« [...] a new cadre of health personnel has been created. But instead of using the lowest level of personnel available, many of the protocols are used by highly trained nurses. Instead of being the disseminators of information and support, they have become the purveyors of new technologies and tests. Instead of becoming the potential allies of the patients, they have become the trusted “handmaidens” of the doctors. Instead of being the base for a new group of mobile and independent practitioners, they have become still another group of “dependent professionals”. And instead of being “chronic disease managers”, they have become “physician extenders”. [...] Recently I have realized that all my attempts to “humanize” medical care have had some unanticipated side effects. [...] Every time I succeed in giving the physician tools to better understand the psychological, social, and political situation of patients, I find myself contributing to the very medicalization of everyday life of which I am so wary » (Zola, 1983, p. 300-301-302).

Ainsi, les professionnels médicaux ont vu leur rôle être considérablement transformé au cours des dernières décennies. Souvent présentés dans la littérature comme ayant des intentions quasi machiavéliques – cherchant à exercer une domination professionnelle et sociale –, les médecins ont régulièrement été identifiés comme étant à l’origine du processus et phénomène social de la médicalisation de l’existence humaine, du moins surtout dans les années 1970 et 1980. Les auteurs contemporains, pour leur part, ont plus souvent qu’autrement cherché à replacer les médecins sur l’échiquier de la médicalisation comme l’un des nombreux groupes d’acteurs impliqués, mettant ainsi de l’avant une logique de la médicalisation davantage dynamique et volatile qu’unilatérale et permanente.

#### 5.1.2 Du patient passif au partenaire et consommateur de soins

Relativement peu présent dans les analyses produites dans les décennies 1970 et 1980, le rôle des patients a principalement émergé dans la littérature à caractère sociologique au tournant des années 1990, alors que plusieurs auteurs ont souhaité réinterpréter les mécanismes et enjeux de la médicalisation. Ainsi, pour Furedi (2006) et de nombreux autres auteurs, dont Metzl et Herzing (2007), Conrad (2007), et Ballard et Elston (2005), l’interprétation du processus et phénomène de la médicalisation comme produit d’un impérialisme médical ne tient plus la route dans le contexte actuel où de nombreux autres acteurs exercent leur influence sur les mécanismes de la médicalisation, et en premier lieu les patients. Dans cette nouvelle dynamique des relations de pouvoir, c’est l’image du patient-expert qui apparaît, dont les expériences face à la maladie, potentielle ou réelle, ont acquis un statut particulier dans l’orientation des discours et des pratiques médicales.

« For Furedi, "the main driver" in this metamorphosis is the "transformation of the docile patient into a consumer or an active patient in search of a diagnosis". With "routine problems of existence" ever more likely to be viewed through "the vocabulary of medicine" and interpreted as "illness categories" and as physicians become occupationally marginalized within the health care workforce, Furedi adroitly concludes we must look elsewhere for answers to the undeniable and unchecked expansion of the medical gaze » (Hafferty, 2006, p. 41).

Catherine Riessman a assurément été l'une des premières auteures à avoir, et ce dès 1983, intégré la question du rôle des patients dans la médicalisation de leurs expériences de vie. Remettant en doute les conclusions de plusieurs auteures féministes pour qui la médicalisation des femmes s'inscrit d'abord et avant tout dans une idéologie patriarcale véhiculée au travers de l'hégémonie médicale, Riessman soutient au contraire l'importance du rôle joué par les femmes dans leur propre médicalisation, bref « the ways in which women have simultaneously gained and lost with the medicalization of their life problems » (Riessman, 1983, p. 3). Les femmes n'ont pas toujours été entièrement à la merci, comme certaines l'ont prétendu, des prescriptions de leur médecin, ayant dans l'histoire activement pris part à la construction et la redéfinition de leurs expériences quant aux normes de santé et de maladie. Contribuant à leur émancipation, les intérêts des femmes, notamment bourgeoises, fait remarquer Riessman, ont souvent été pris en compte par les professionnels médicaux, qui à leur tour ont largement bénéficié sur les plans scientifique, politique et économique de cette reconfiguration pathologique des expériences de vie des femmes.

« In other words, both historically and currently, there has tended to be a "fit" between medicine's interest in expanding its jurisdiction and the need of women to have their experience acknowledged. [...] The medicalization of human problems is a contradictory reality for women. It is part of the problem and of the solution. It has grown out of and in turn has created a series of paradoxes. As women have tried to free themselves from the control that biological processes have had over their lives, they simultaneously have strengthened the control of a biomedical view of their experience. As women visit doctors and get symptom relief, the social causes of their problems are ignored. As doctors acknowledge women's experience and treat their problems medically, problems are stripped of their political content and popular movements are taken over. Because of these contradictions, women in different class positions have sought and resisted medical control » (Riessman, 1983, p. 16).

Ainsi à l'instar de Riessman et de quelques autres sociologues (dont Vuori, 1982 et Waitzkin, 1984) plusieurs des auteurs consultés ont commencé à partir des années 1990 à remettre en question cette image longtemps véhiculée de patients dépendants des interventions de la médecine moderne et fortement influencés par l'idéologie médicale. Les individus, bien qu'ils demeurent à plusieurs égards dépendants de cette médecine, ont développé une attitude beaucoup plus critique face à ses discours, pratiques et innovations technoscientifiques et s'impliquent davantage dans les décisions qui ont trait, de près ou de loin, à leur santé. Par conséquent, « in this world of uncertain times, one thing remains

clear: namely, that lay people are not simply passive or active, dependent or independent, believers or sceptics, rather they are a complex mixture of all these things (and much more besides) » (Williams et Calnan, 1996, p. 1619).

Des patients peuvent ainsi souhaiter voir certains de leurs comportements, expériences et conditions être médicalisés, notamment pour en tirer des bénéfices potentiels puisque l'autorisation médicale demeure régulièrement un prérequis pour l'accès à des privilèges sociaux, dont l'obtention d'un congé de maladie ou de la citoyenneté par exemple (Broom et Woodward, 1996; Aïach, 2009). La médicalisation peut donc être le fait d'une demande alors que des individus non-médecins peuvent exercer une forte pression sur la communauté médicale afin de voir leur condition être prise en charge par la médecine qui autrement aurait été exclue de la pratique médicale et d'une définition pathologique, situation qui amène bien évidemment de nombreux questionnements concernant la légitimation de cette demande (Drulhe et Clément, 1998). D'autres individus, au contraire, peuvent fortement résister à leur médicalisation alors que les valeurs et les intérêts des individus ou des groupes, tout comme le contexte politique, économique et social, peuvent largement influencer l'acceptation ou le rejet de définitions et d'interventions de nature médicale (Conrad, 1992). Bref, les patients ont plus que jamais leur mot à dire dans l'orientation du processus et phénomène social de la médicalisation.

#### *Le patient-partenaire de soins*

Panese et Barras (2009) ont dégagé deux principales configurations du patient dans le contexte actuel de la médicalisation. La première figure présentée est celle du patient-partenaire de soins, qui s'inscrit dans la plus grande symétrie qui caractérise désormais la relation médecin-patient. Réclamant depuis les années 1970 d'être impliqués dans les décisions médicales qui les concernent, les patients sont aujourd'hui davantage reconnus à titre d'experts de leur propre santé et de leurs maladies. Bien que plusieurs médecins aient d'abord résisté à cet appel, la majorité d'entre eux saluent aujourd'hui cette participation accrue des patients dans la prévention et le traitement de leurs maladies (Tomes, 2007). Les patients se sont donc réappropriés, « si l'on admet l'hypothèse d'une perte préalable » (Panese et Barras, 2009, p. 46), cette capacité d'exprimer leur malaise et leurs besoins. Par l'objectivation de leur propre corps, les patients ont envers eux-mêmes le devoir de se surveiller, de percevoir les signaux que leur corps leur transmet selon les repères médicaux reconnus. C'est donc dire que « le pari qu'on peut, peut-être, oser est celui d'un individu rendu à la connaissance intime de son corps propre, assumant sa

propre gestion thérapeutique et accomplissant, qui sait ? le projet jusque-là utopique d'être, comme disait aussi Descartes, le "médecin de soi-même" (Moulin, 1997) » (Panese et Barras, 2009, p. 47).

Aussi, cette configuration du patient-partenaire accroît les droits citoyens de ces derniers quant aux décisions relatives aux protocoles thérapeutiques à privilégier, représentant une avancée sociale incontestable et positive si, et seulement si selon Gori et Del Volgo (2004), cette participation du patient quant au choix des traitements et des soins qui le concernent constitue une véritable « alliance thérapeutique » entre le médecin et le patient et non pas seulement une prestation de service basée sur des préceptes fondamentalement consuméristes. La prise de décisions, fondée sur un véritable dialogue entre le médecin et le patient et une reconnaissance du sujet, doit être réellement partagée entre ces deux experts, afin d'éviter que les médecins ne cherchent qu'à évacuer leurs responsabilités au profit d'une protection juridique.

La médecine basée sur des données probantes (« evidence-based medicine ») soulève également de nombreux défis quant à la place accordée au patient-partenaire. Cette méthode d'évaluation des pratiques médicales s'est largement répandue au cours des dernières décennies établissant des standards visant la protection des patients face à des manipulations dangereuses ou inutiles. Dans ses premières formulations, l'avis du patient n'était que rarement pris en compte dans la décision finale. Bien que cet aspect fondamental ait été intégré dans les critères de cette méthode scientifique, Tomes (2007) souligne à quel point le patient est encore aujourd'hui régulièrement ignoré dans le choix des standards médicaux, au profit de données quantitatives, jugées davantage objectives que ne peut l'être le simple avis du patient.

« And as patient advocates soon noted, the most easily measured aspects of physiological change and therapeutic efficacy did not necessarily capture the markers of recovery that patients themselves deemed most important. Best practices presented as physician dicta from on high, without patient involvement in their determination or dissemination ran the risk of becoming just another form of medical imperialism. [...] Lay acceptance of evidence-based guidelines remains problematic, in that their credibility is dependent on statistical expertise about relative and absolute risk and risk reduction that is beyond many people. Negative results based on large-scale studies do not necessarily dampen individual patients' hope that for them, a particular therapy might work. In the clinical encounter, both doctor and patient bring unconscious and conscious beliefs and expectations that do not easily fit into the model of rationality assumed by the evidence-based medicine approach » (Tomes, 2007, p. 699).

Malgré le défi que représente encore aujourd'hui la recherche d'un équilibre entre une médecine fondée sur des données probantes et une médecine fondée sur les perceptions et réactions des patients à



l'échelle individuelle, il n'en demeure pas moins que les patients sont aujourd'hui davantage impliqués dans le choix des protocoles thérapeutiques en tant que partenaire de soins.

### *Le patient-consommateur de soins*

La deuxième configuration du patient élaborée par Panese et Barras est celle du patient-consommateur de soins, qui a « aussi a trait à une émancipation relative du patient dans la relation de soin, avec ce trait particulier qu'elle se traduit par une marginalisation relative du médecin et par l'instauration d'une relation de concurrence dans la prise en charge thérapeutique » (2009, p. 47). Cette figure du patient-consommateur est souvent illustrée dans la littérature à travers l'utilisation, controversée, de la publicité pharmaceutique s'adressant directement aux consommateurs (« Direct-To-Consumer » ou DTC). Sensiblement différente selon les dispositions législatives de chaque pays, il n'en demeure pas moins que les individus ont régulièrement accès à des publicités pour divers services et produits de santé et de soins, ces publicités étant développées et financées dans la majorité des cas par les compagnies pharmaceutiques elles-mêmes. La relation clinique entre le médecin et le patient s'en trouve forcément transformée puisque les individus ont ainsi accès à de l'information médicale et thérapeutique autrement que via les conseils de leur médecin. Du point de vue de certains acteurs, dont l'industrie pharmaceutique et certains professionnels médicaux, ces interventions publicitaires permettent un transfert sans intermédiaires des connaissances médicales, offrant aux patients une position privilégiée quant au choix du protocole thérapeutique, et une relation plus symétrique avec les différents professionnels de la santé.

À l'opposée, ces interventions publicitaires peuvent aussi engendrer des effets potentiellement négatifs alors que « les médecins soulignent le temps nécessaire pour corriger des idées fausses véhiculées par ces publicités et les demandes incessantes des patients pour des médicaments et traitements alternatifs qui leur sont à toute fin pratique inutiles ou inefficaces, voire même potentiellement dangereux pour leur santé » (Panese et Barras, 2009, p. 49). L'influence des patients est parfois telle que les médecins se sentent de plus en plus incités à prescrire les médicaments ou examens demandés, voire exigés, par leurs patients, témoignant ainsi d'un processus de négociation serré où médecins et patients luttent pour le titre d'expert de la santé (Ngoundo Mbongue et al. 2005; Panese et Barras, 2009).

Ainsi, la relation médecin-patient a subi une profonde reconfiguration : « si le premier devient un prestataire de services, le second en devient un client, c'est-à-dire quelqu'un qui n'est pas d'abord traité

mais que l'on essaye de "satisfaire"... Et l'on louche alors du doigt la médicalisation comme processus de marchandisation » (Thiel, 2006, p. 106). Transformé en un immense marché, le secteur de la santé offre différentes options aux patients. Ces derniers sont ainsi désormais invités à choisir, en fonction de leurs besoins et de leurs préférences personnelles, leur régime d'assurance, le type de soins à privilégier, voire même leurs professionnels de la santé, choix qui peuvent inévitablement être influencés par la publicité si largement diffusée.

« Consumers have a dual role related to medical markets. In some instances the market for a problem exists long before any medical promotion. [...] Consumers and medical interests are already allied, and consumers may become the dynamic force for market creation. In other cases, the public constitutes potential consumers who must be shaped into a market. This involves persuading consumers of the necessity or utility of a product offered or creating consumer demand. [...] Such promotion can induce people to self-label their problems as medical entities and seek more medical services. This medical commodification shifts both definition and solution into the medical sphere » (Conrad et Leiter, 2004, p. 171).

Les regroupements de patients et les associations à vocation spécifique peuvent également influencer les mécanismes de la médicalisation. Il arrive en effet que ces organisations – parfois financées par des intérêts privés – contestent l'autorité médicale et les diagnostics reconnus, luttant pour la démedicalisation, la déprofessionnalisation ou, au contraire, la médicalisation d'une réalité problématique (Conrad, 1992; Broom and Woodward, 1996; Ballard et Elston, 2005). Pour ce faire, ces organisations utilisent diverses stratégies, dont l'établissement de partenariats avec des professionnels médicaux et leurs associations respectives, la sensibilisation accrue du public pour le rendre favorable à leur discours, et le lobbying politique (Breslau, 2003). Bref, pour Furedi, « they assign lay experience a privileged status, and demand institutional, scientific, and cultural affirmation for their representation of the constitution of illness. [...] It can be argued that today the main driver of the trend towards medicalization is the transformation of the docile patient into a consumer, or an active patient, in search of a diagnosis » (2006, p. 15).

Ainsi, souvent absents des premiers écrits sur la médicalisation, ou décrits en tant qu'être passifs à la merci des décisions d'un corps médical profondément impérialiste, les patients et regroupements de patients sont, dans la littérature plus récente, régulièrement cités comme l'un des principaux groupes d'acteurs dont l'influence est considérable sur l'orientation des mécanismes de la médicalisation. Experts de leur propre santé, les patients participent aux décisions qui les concernent, n'hésitant souvent pas à questionner les pratiques de leur médecin. Partenaires de soins et consommateurs de services et produits de santé, les patients ont désormais leur mot à dire, faisant régulièrement pression

pour voir leur état être médicalisé, ou dans une moindre mesure pour refuser l'adoption d'un cadre interprétatif biomédical.

### 5.1.3 Le rôle des institutions étatiques et des assureurs privés

Outre les médecins et les patients, de nombreux autres acteurs institutionnels influencent les mécanismes de la médicalisation du social et leur acceptation ou rejet. Regroupés dans la littérature sous la catégorie des « third party payers », ces acteurs incluent notamment les institutions publiques du secteur de la santé et les assureurs privés. Bien que leur rôle prédominant ait été relativement peu souligné – peut-être est-ce parce qu'il est fortement influencé par les contextes nationaux dont les auteurs sur la médicalisation font peu état –, les institutions étatiques et les assureurs privés forment un contrepoids non négligeable face aux autres acteurs impliqués dans la médicalisation du social.

En effet, pour Conrad notamment, l'expansion de cette gestion étatique (bureaucratique) et privée des soins, qui s'est graduellement implantée dans la période d'après-guerre, est assurément l'un des principaux changements dont l'influence se fait encore aujourd'hui sentir sur la trajectoire de la médicalisation de réalités problématiques (Conrad, 2005, 2007). Aussi, le gouffre financier qui menace la majorité des systèmes de santé occidentaux a certainement contribué à renforcer le rôle des acteurs institutionnels dans une volonté de limiter, ou du moins d'encadrer, les dépenses en santé (Ballard et Elston, 2005; Conrad, 2005, 2007). Alors que la médecine a pour mandat de soigner les malades et de réduire leur souffrance – ce qui dans une logique de médicalisation et de pathologisation du social peut favoriser une gamme quasi illimitée d'interventions – les restrictions imposées, ou au contraire l'ouverture exprimée, par des acteurs externes peuvent également contribuer à orienter le processus et phénomène de la médicalisation et la définition des frontières entre le normal et le pathologique.

« [...] insurance companies and government-funded systems will generally fund only “medically necessary” care. Consequently, conditions recognized as important tend to be defined as diseases, promoting medicalization and reinforcing overly inclusive WHO-type definitions of health. Thus non-disease states that could benefit from medical treatment are either medicalized or unreimbursed » (Purdy, 2001, p. 258).

La gestion, étatique et privée, des soins (« managed care ») influence fortement la pratique médicale et la définition pathologique de réalités problématiques, obligeant régulièrement les autres acteurs à se plier aux exigences et critères des institutions de santé. Cette gestion managériale des soins oblige une préapprobation pour le paiement ou le remboursement des traitements, limitant ainsi dans certains cas l'accroissement de l'utilisation de certains soins et accordant à ces institutions publiques et privées

plus de pouvoir dans le choix des interventions que peuvent en détenir les médecins et les patients. Cette situation crée, selon Conrad (2005, 2007), une médiatisation du marché des soins et services de santé dont les choix imposés par ces acteurs intermédiaires, par exemple en regard à la sélection des traitements administrés par les institutions publiques ou admissibles à un remboursement, peuvent fortement influencer le degré de médicalisation d'une réalité problématique. Une gestion bureaucratique, publique ou privée, des soins de santé constitue donc une arme à deux tranchants en ce sens qu'elle peut à la fois contribuer à l'accroissement de la médicalisation des réalités problématiques, ou limiter leur degré de médicalisation lorsque, par exemple, la totalité des frais médicaux doit être assumée par les individus eux-mêmes.

« In mediated markets, there is an indirect relationship between consumers, on the demand side, and medical producers or providers, on the supply side, with third party payers occupying an intervening role. Third party payers (typically private or public insurers) intervene in the exchange relationship between consumers and providers or producers in two ways: by defining what is « medically necessary » and then paying for only those goods and services that they have deemed medically necessary. The degree of control exercised by third party payers varies, depending upon the level of « management » of care being exercised. Managed care regulations dampen consumer demand for medical goods and services, particularly regarding access to new technologies (Mechanic 2002), reducing consumers' ability to purchase medical solutions to perceived health problems. [...] Consumers who want medical goods or services but cannot obtain them through mediated markets may turn instead to private markets, depending upon the cost of the goods or services and consumers' financial resources. In private markets, there is a more direct economic relationship between consumers and medical producers or providers: If consumers can afford a treatment, they can most likely find a medical provider who will provide it for "cash". [...] In private medical markets, care is provided to consumers who can afford to pay for it, and other potential consumers are excluded » (Conrad et Leiter, 2004, p. 161).

Il va sans dire que cette gestion institutionnelle des services et soins de santé ne peut se faire en vase clos. Les décisions des fonctionnaires et administrateurs, et ultimement des politiciens, peuvent en effet subir la pression d'influences extérieures. La détermination des traitements admissibles, ou non, à du financement public et privé demeure largement influencée par des facteurs sociaux, économiques et politiques (Szarsz, 2007). À ce titre, la probabilité que des traitements soient dispensés par des institutions publiques ou remboursés par des assureurs privés dépend aussi notamment de la reconnaissance officielle des maladies, laquelle repose encore aujourd'hui largement sur les décisions prises par la communauté médicale, mais aussi sur l'influence exercée par d'autres acteurs, dont les compagnies pharmaceutiques et les patients (Chodoff, 2002). Ainsi, les médecins demeurent une figure marquante dans le cadre d'une gestion institutionnelle des soins, étant souvent eux-mêmes à la tête des organisations publiques et privées en santé (Bury, 2006), bien que leur autonomie soit désormais

régulièrement remise en question ou contrebalancée par le pouvoir des autorités politiques et des autres acteurs mobilisés par le processus et phénomène de la médicalisation.

#### 5.1.4 L'influence grandissante de l'industrie pharmaceutique

Si aujourd'hui médicalisation et industrie pharmaceutique semblent indissociables, il faut souligner qu'il n'en a pas toujours été ainsi. L'influence exercée par cette industrie est demeurée en filigrane des analyses sur la médicalisation jusqu'aux années 1990 et surtout 2000, époque où l'on assiste à une véritable explosion des ouvrages qui en font mention. Mais déjà en 1975, Illich faisait allusion dans *Némésis médicale* à cette invasion pharmaceutique, en signalant la croissance fulgurante des prescriptions de médicaments, souvent l'ultime issue des consultations médicales. Dans ce contexte, « la multiplication des associations permet au médecin d'éviter de remonter trop loin dans l'étiologie et d'orienter son action sur le traitement des symptômes [étant] en même temps un symptôme de l'invasion de l'humble savoir médical traditionnel par un pseudo-savoir pharmaceutique » (Illich, 1975, p. 56). Aussi, la multiplication des produits pharmaceutiques, souvent plus chers que leurs prédécesseurs, a largement contribué à l'augmentation des dépenses en santé alors que la majorité des systèmes de santé des pays industrialisés sont aux prises avec des difficultés de financement (Illich, 1975).

Malgré tout, il serait faux de prétendre, comme l'affirment plusieurs auteurs contemporains, que la médicalisation soit déterminée par les innovations pharmaceutiques et biotechnologiques. Il faut toutefois reconnaître que ces dernières y jouent un rôle incontestable alors que la disponibilité et la promotion entourant l'offre de nouveaux ou potentiels traitements pharmaceutiques et génétiques influencent largement l'orientation des mécanismes de la médicalisation dans ce mouvement généralisé de pathologisation du social (Horwitz, 2002 dans Conrad, 2005). Ainsi, l'influence exercée par les compagnies pharmaceutiques dans la médicalisation de réalités problématiques ne se limite pas qu'à la disponibilité de nouveaux produits et traitements. Les compagnies pharmaceutiques contribuent largement, tout comme les médecins et les patients, à la reconfiguration constante du normal et du pathologique (Conrad, 2005).

« This is worrisome for a number of reasons, but perhaps especially "because corporations are ultimately more responsible to their shareholders than to patients; shareholder desires are often at odds with patients' needs for rational drug prescribing" (Wilkes, Bell, and Kravitz 2000). It may well be to the shareholders' advantage for pharmaceutical companies to promote medications for an ever-increasing array of human problems, but this in no way insures that these constitute improvements in health and medical care. And what is the impact of the new



engines of medicalization on the rising costs of health care? In a culture of increasingly market-driven medicine, consumers, biotechnological corporations, and medical services interact in complex ways that affect social norms in changing definitions of behaviors and interventions. The relationship between normative changes and medicalization runs in both directions » (Conrad, 2005, p. 11).

Poitras et Meredith (2008) signalent les oppositions qui peuvent survenir au sein de la profession médicale qui regroupe, à leur avis, non seulement les médecins, mais aussi le secteur pharmaceutique (incluant les entreprises spécialisées en recherche, développement, production et mise en marché de produits pharmaceutiques), les institutions académiques et revues spécialisées et les bailleurs de fonds impliqués dans le secteur de la santé et pharmaceutique. Ils mentionnent que le rendement économique peut influencer les décisions médicales tout autant, voire même parfois davantage, que la volonté de guérir et d'assurer le bien-être des patients. Ce paradoxe concernerait particulièrement l'industrie pharmaceutique dont les motivations – d'abord et avant tout financières – sont parfois bien différentes de celles des autres acteurs impliqués dans l'orientation du processus et phénomène de la médicalisation (Poitras et Meredith, 2008).

Même si les médecins demeurent les seuls à pouvoir prescrire des médicaments, l'industrie pharmaceutique s'est affairée au cours des dernières décennies à promouvoir directement ou indirectement ses produits auprès des autres acteurs (Blech, 2005; Conrad, 2005). Aussi, pour Philippe Pignarre (2006), le modèle médical actuel, à la fois centré sur les médicaments (« drug-centred model ») et sur les maladies (« disease-centred model »), influence fortement la prévalence de la médicalisation. « Pourquoi un problème, un comportement sont-ils « médicalisables » ? Parce qu'il y a des substances chimiques qui agissent sur les comportements et sur ce qu'on appelle les problèmes [...] », affirme-t-il. Il ajoute que la médicalisation « est donc étroitement liée au mode d'invention des substances chimiques, à leurs effets, à leur statut, à leur mode de commercialisation, au monopole de la prescription (et à sa crise) et à l'alliance entre les médecins, l'industrie pharmaceutique et l'État » (Pignarre, 2006, p. 65-168). La capacité régulatrice des médicaments, et par le fait même de l'industrie pharmaceutique, s'accroît considérablement alors que les médicaments contribuent à définir l'ampleur du champ d'intervention de la médecine en déterminant ce qui est « médicalisable » ou non.

À l'instar d'Illich (1975), Pignarre souhaiterait voir se former une nouvelle forme d'expertise collective, impliquant l'ensemble de la communauté, dont les patients et les intervenants, dans la prise en charge des réalités problématiques – notamment psychologiques – ce qui contribuerait par le fait même à contrecarrer le pouvoir pharmaceutique. Sans exclure complètement l'usage de médicaments, Pignarre propose ainsi l'implantation d'interventions collectives pour la gestion des comportements

déviant, conditions et événements de la vie. Malgré cette position quelque peu radicale, il s'entend avec d'autres collègues sociologues, dont notamment Dingwall (2006) et Conrad (2007) sur l'importance d'évacuer tout discours prétendant à une influence dominante de l'industrie pharmaceutique au détriment d'un pouvoir personnel ou collectif chez les médecins et les patients par exemple. À l'instar de la position des médecins dans l'orientation du processus et phénomène de la médicalisation, la dynamique sociale interpellée est aujourd'hui beaucoup plus complexe que ne laissent parfois entendre les discours sociologiques sur la relation – jugée asymétrique – entre l'industrie pharmaceutique et les autres acteurs impliqués dans la médicalisation du social.

C'est bien parce que les substances chimiques qui sont en cause sont efficaces qu'il peut y avoir médicalisation. Il n'y a donc pas une manipulation au sens propre du terme, consistant à faire ingérer à des milliers de personnes des substances qui n'auraient d'intérêt que de rapporter de l'argent aux industriels du médicament. Il ne faut jamais oublier que « ça marche » et c'est bien pourquoi c'est politiquement compliqué. [...] L'approche médicale réussit souvent à rendre un enfant moins perturbateur à l'école et peut l'aider dans son processus d'apprentissage. Souvent, les enfants aiment leur « pilule magique » qui leur permet d'avoir des comportements socialement plus acceptables et ils peuvent tirer profit d'une moindre stigmatisation (Pignarre, 2006, p. 173).

Il serait ainsi réducteur que d'accuser l'industrie pharmaceutique d'être responsable, dans une relation directe de cause à effet, de la médicalisation du social, alors qu'elle ne chercherait qu'à servir ses propres intérêts financiers. Tout comme pour la profession médicale, Dingwall (2006) nous rappelle que la médicalisation est influencée par de nombreux facteurs; des facteurs économiques certes, mais aussi sociaux et politiques qui stimulent ou restreignent simultanément la médicalisation de réalités problématiques. Selon lui, « another way of looking at the issue, though, is to suggest that this new form of medicalization is a response to more profound shifts in the nature of social ordering that create the opportunity to which the companies are responding » (Dingwall, 2006, p. 36). Aussi, nous aurons l'occasion d'aborder plus en détail les enjeux économiques entourant la médicalisation alors qu'une section de ce chapitre leur est entièrement dédiée.

#### 5.1.5 Médecines alternatives et médicalisation du social

Le rôle des médecines alternatives, dont la popularité n'a cessé de croître, a également été abordé par quelques auteurs quant à son influence sur la médicalisation du social. Contrairement à la position prétendue par les médecines alternatives qui s'affichent à l'extérieur d'une logique biomédicale, ces dernières, en s'intéressant à la santé et aux habitudes de vie dans une perspective holistique, contribueraient davantage à la médicalisation du social qu'à sa démedicalisation. Il s'agirait donc

encore une fois d'un exemple de la déprofessionnalisation de la médicalisation, plutôt que d'une complète démedicalisation des réalités problématiques, conditions, et événements de la vie (Lowenberg et Davis, 1994).

Aussi, en considérant le corps comme le centre de réceptivité, et par conséquent d'intervention, des problèmes physiques et psychologiques, les médecines alternatives souscrivent, tout comme la logique biomédicale, à un discours axé sur la responsabilité individuelle face à la maladie. Semblables aux discours sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, désormais largement incorporés aux mécanismes de la médicalisation, les médecines alternatives accordent également une grande importance aux facteurs individuels et environnementaux à titre de déterminants de la santé. Aussi, elles favoriseraient une prise de conscience des mécanismes biologiques et psychologiques du corps et des émotions, susceptibles de rendre les individus encore plus sensibles aux diverses composantes de leur santé et ainsi amplifier le mouvement de médicalisation du social par sa propension à pathologiser les moindres aspects de l'existence humaine. Surtout, comme le souligne Crawford (1980), que les médecines alternatives ont principalement pour clientèle la classe moyenne qui dispose davantage de temps et de moyens pour se préoccuper de son état de santé, de ses angoisses et de l'impact de ses habitudes de vie sur son état de santé.

#### 5.1.6 L'impérialisme sociologique

Si les médecins, les patients, l'industrie pharmaceutique et les organisations publiques et privées sont des acteurs fréquemment cités dans la littérature sur la médicalisation, l'analyse de cette dernière a permis de faire la rencontre d'un acteur inattendu : le sociologue lui-même. P.M. Strong (1979) a été le premier, et le seul, à proposer l'idée d'un impérialisme sociologique, idée qui à l'époque avait suscité la controverse. Dans *Sociological Imperialism and the Profession of Medicine*, il remet en question la neutralité des sociologues lorsque ces derniers critiquent l'accroissement de la médicalisation du social et la position impérialiste de la profession médicale. « They are not simply detached commentators on medicine but rivals to it » (1979, p. 204), soutient-il, puisqu'il est clair, pour Strong, que les sociologues font aussi partie de l'équation qui mène à la médicalisation du social, au même titre que les autres acteurs identifiés jusqu'à présent. Le calcul est simple : plus les analyses des sociologues sur la médicalisation influenceront les discours (du public, des médias, etc.) plus la profession de sociologue prendra de la valeur, au détriment des autres professionnels. Les sociologues – qui ont tout à gagner de voir leur schéma interprétatif dominer – devraient donc s'interroger sur leurs propres

ambitions impérialistes, pour reprendre l'expression de Strong (1979, p. 205) alors qu'ils dénoncent si vivement l'existence d'un impérialisme médical.

« In criticising the imperialism of other professions, sociologists also advance their own empirer and do so under exactly the same banner as other professions – the service of humanity; a creed which provides the only public rationale for its existence. Moreover it is precisely because most forms of radicale sociology have a greater imperial potential than any other type of theory that they have such great professional charm. By emphasising the social and thus political nature of those vast areas of life that are normally reified, they break down the conventional barriers which serve to exclude the professional sociologist and so make the whole of human existence our preserve » (Strong, 1979, p. 206).

Sans chercher à invalider, de façon générale, les conclusions des analyses sociologiques, Strong vise davantage à mettre en garde les sociologues contre un éventuel dérapage, où pris à leur propre jeu de pouvoir, ils pourraient être incapables de saisir toute la complexité et les nuances d'une question sociale de l'importance de celle de la médicalisation, se limitant à faire porter le blâme à la profession médicale ou aux forces économiques en présence.

Si la critique de Strong a été relativement bien accueillie par les sociologues, dont Conrad et Schneider (1980) qui reconnaissent former une profession aux prises, comme toutes les professions d'ailleurs, avec ses intérêts et enjeux, ils considèrent comme exagérée la prétention d'un impérialisme sociologique, faisant des sociologues les « rivaux » des médecins. À ce titre, jugent-ils, la différence entre les sociologues réside dans le fait que ces derniers, par leurs analyses des faits sociaux, s'en tiennent aux discours et aux cadres conceptuels, alors que les médecins inscrivent constamment l'idéologie médicale dans des pratiques concrètes par la médicalisation du social.

« Strong's parallel between medical and sociological imperialism is unconvincing and subject to the same pitfalls of ascribing motive as the notion of medical imperialism. In fact, in light of his previous depiction of medical imperialism, his sociological imperialism argument is confusing and inconsistent. If Strong is looking at medical imperialism in terms of what doctors do, to identify sociological imperialism he must also then examine what sociologists do. Here the parallel collapses completely. His argument for sociological imperialism rests on the conceptual level, the level of rival ideas, rather than the professional-client level he proposes for medical imperialism. Sociologists may offer social models and explanations as alternatives to medical ones but their claims-making is of a different order than that of physicians. Sociological imperialism does not annex territory and jurisdiction for the sociological profession in the way medical imperialism allegedly does for the medical profession. And sociologists do not gain clients, direct revenues, or even the satisfaction of successful intervention. Medical sociologists *qua* sociologists gain something very different than physicians (and even social workers) in their respective "imperial" endeavours » (Conrad et Schneider, 1980, p. 76).

Ainsi, pour Conrad et Schneider, les interprétations sociologiques de la médicalisation doivent impérativement être évaluées sur la base de leur pertinence et de leur validité et non en regard aux motivations personnelles ou professionnelles de leurs auteurs. Justement, écrivent Williams et Calnan (1996), la sociologie a, pendant plusieurs années, contribué à véhiculer une fausse image de la médicalisation et de ses mécanismes et acteurs impliqués, la présentant comme le produit d'une hégémonie médicale détentrice d'un pouvoir colonisateur sur les patients. Précurseurs d'une nouvelle génération d'auteurs sur la médicalisation, Williams et Calnan, comme plusieurs autres sociologues des années 1990 et 2000, ont davantage cherché à saisir la complexité et les innombrables nuances des mécanismes attribués à la médicalisation, où de multiples acteurs, dont les médecins, mais aussi les patients, l'industrie pharmaceutique et les institutions étatiques et privées, cherchent à orienter, en fonction de leurs propres besoins et motivations, la trajectoire de la médicalisation et ses mécanismes. Aussi, cette nouvelle approche dans l'interprétation de la médicalisation ne peut se faire sans une meilleure compréhension des transformations sociales, économiques et scientifiques qui ont eu des répercussions importantes dans la reconfiguration pathologique de nombreux comportements, événements ou habitudes de vie.

## 5.2 La transformation du contexte social, économique et scientifique et ses répercussions sur l'orientation de la médicalisation

En plus de la complexité des mécanismes et du rôle joué par les multiples acteurs impliqués dans le processus et phénomène de la médicalisation, la littérature sociologique rapporte de nombreuses transformations sociales, économiques et scientifiques venues changer, dans les dernières années, le secteur de la santé et le visage de la médicalisation. Ainsi, si pour Conrad, la médicalisation demeure un secteur de recherche prolifique en sociologie, « it may now be the right moment to focus more directly on investigating the structural underpinnings of medicalization, especially given the enormous changes occurring in medical organization and knowledge [...] » (Conrad, 1992, p. 228). Suite à l'analyse du corpus, il appert que la vulgarisation et la démocratisation de l'accès à l'information médicale, le développement des biotechnologies et les innovations génétiques, et la création d'un complexe pharmaco-industriel sont régulièrement mentionnés par les auteurs consultés pour avoir influencé de manière importante la trajectoire de la médicalisation.



### 5.2.1 La démocratisation du savoir médical

S'inscrivant dans la « société du savoir », l'implantation du réseau Internet est sans contredit l'un des changements majeurs à être survenus dans le secteur de la santé au cours des dernières décennies, offrant un accès, toujours grandissant, à de l'information médicale vulgarisée, et ce en dehors du cabinet du médecin. Cette démocratisation du savoir médical – autrefois réservé uniquement aux médecins – aurait ainsi largement contribué à la transformation du rôle des divers acteurs impliqués dans la médicalisation, dont notamment celui des patients en leur permettant d'avoir accès à de l'information de nature médicale autrement que par l'entremise de leur médecin. En fait, Internet et les nouvelles technologies de l'information sont régulièrement entrevus comme des outils au service des patients leur permettant de contrecarrer le pouvoir détenu par les médecins, en ce sens qu'« Internet affaiblit le pouvoir des médecins et enrichit le savoir des patients » (Blech, 2005, p. 253).

Ainsi, il n'est pas rare aujourd'hui que des personnes malades ou potentiellement malades s'informent sur Internet de leur condition, des différents traitements disponibles et de leur degré d'efficacité, ou échangent de l'information entre elles dans le cadre de forums de discussion. Faisant fi des distances géographiques, ces communautés virtuelles ont permis aux malades de créer des liens et de se soutenir face à la maladie, ce qui sans l'apport d'Internet aurait été pratiquement impossible, mais rendant par le fait même l'expérience de la maladie davantage publique (Blech, 2005; Conrad, 2007). Ces patients consommateurs et partenaires de soins peuvent ainsi plus aisément prendre part aux décisions médicales qui les concernent – voire parfois même confronter l'avis de leur médecin – ou adopter des habitudes et comportements spécifiques, après avoir obtenu par l'entremise d'Internet et d'autres médias des renseignements sur leurs maladies ou symptômes. Ce nouveau comportement – soit celui d'une recherche assidue et perpétuelle de l'information médicale la plus pertinente et exacte possible – contribue fortement à la transformation de l'alliance thérapeutique entre les patients et les médecins (Ngoundo Mbongue et al. 2005), permettant même à certains individus, selon Moynihan et Smith, de mieux saisir les effets de la médicalisation.

« [...] this most contemporary of technologies [Internet] – combined with the move to patient partnership – is shifting power from doctors back to people. People may increasingly take charge, more consciously weighing the costs and benefits of the “medicalisation” of their lives. Armed with better information about the natural course of common conditions, they may more judiciously assess the real value of medicine's never ending regimen of tests and treatments » (Moynihan et Smith, 2002, p. 859).

Ainsi, Internet et les technologies de l'information sont de nouvelles variables dont il faut impérativement tenir compte dans l'analyse de la médicalisation alors que déjà en 2002, précisait Ngoundo Mbongue et ses collègues (2005), plus de 100 millions d'Américains avaient obtenu de l'information médicale par le biais d'Internet, et 40% avaient reconnu que ces informations avaient influencé leur prise de décisions. Ces nouveaux véhicules d'information jouent donc un rôle primordial dans la construction de la connaissance médicale, souvent vulgarisée à l'intention du grand public.

Pourtant, précisent Nye (2003) et Conrad (2007), il s'agit bien là d'une arme à double tranchant. Si cette démocratisation du savoir médical a certes permis une plus grande résistance des patients face à l'autorité des médecins, elle a probablement aussi davantage contribué à la promotion et l'adoption de définitions et de modes d'intervention de nature médicale en amenant les gens à se soucier encore davantage de leur état de santé. La plus grande circulation du savoir médical aurait ainsi fortement contribué à renforcer ce mouvement généralisé de pathologisation de l'existence humaine. Ainsi, la démocratisation et l'accès grandissant à l'information médicale peuvent apparaître à la fois comme des agents facilitateurs ou de résistance face à la médicalisation.

« The Internet has become an important consumer vehicle. On the one hand, all pharmaceutical companies and most advocacy groups have web sites replete with consumer oriented information. These often include self-administered screening tests to help individuals decide whether they may have a particular disorder or benefit from some medical treatment. In addition, there are thousands of bulletin boards, chat rooms, and web pages where individuals can share information about illness, treatments, complaints, and services (Hardey 2001). This has for many individuals transformed illness from a privatized to a more public experience. On these web sites people suffering from similar ailments can connect and share information in new ways, which, despite the pitfalls of misinformation, empower them as consumers of medical care. Both corporate and grassroots web sites can generate an increased demand for services and disseminate medical perspectives far beyond professional or even national boundaries. In our current medical age, consumers have become increasingly vocal and active in their desire and demand for services. Individuals as consumers rather than patients help shape the scope, and sometimes the demand for, medical treatments for human problems » (Conrad, 2005, p. 9).

Aussi, les médias, aujourd'hui très présents dans Internet, peuvent à la fois contribuer à redorer l'image de la médecine ou, au contraire, en diminuer les mérites. La réaction médiatique, face à des innovations médicales notamment, peut dans certains cas leur être extrêmement favorable, pouvant par la même occasion créer une pression inattendue de la part des patients et du public qui désirent avoir rapidement accès à ces nouveautés thérapeutiques (Breslau, 2003). Ainsi, les médias contribuent « incontestablement à forcer une opinion publique, à créer une sorte de pensée commune sur des points qui, à tout le moins, mériteraient le débat » (Quinio, 2003, p. 208 dans Thiel, 2006, p. 96). Aussi, la

littérature adressant des enjeux de santé destinée au grand public a connu une expansion peu commune dans les dernières années. Abordant majoritairement la santé comme « ce qui fait du bien » (Thiel, 2006), ces intermédiaires médiatiques ont pu contribuer à la pathologisation de l'existence par l'atténuation des frontières entre la santé et la maladie. Bien-être et confort sont de toutes les tribunes médiatiques, propulsant à la hausse les demandes pour un avis médical, voire même pour une intervention thérapeutique.

Et pourtant, les médias peuvent aussi dégager une perception plus négative de la médecine et de ses innovations thérapeutiques, présentant une distanciation critique face à la science médicale, ses discours et ses pratiques (Zappalà, 1997; Breslau, 2003). Zappalà donne l'exemple de divers événements survenus à l'échelle nationale ou internationale (épidémie du SIDA, crise de la « vache folle », etc.) pour lesquelles les médias et les communications sur Internet ont relativisé le caractère souvent indiscutable de l'autorité médicale, alors que cette médecine était impuissante à trouver un traitement ou un vaccin. Il n'est pas rare de voir les médias titrer leurs journaux avec des messages révélateurs de cet esprit critique : « La médecine avoue ses doutes devant des microbes d'un genre nouveau » [*La Liberté*, 5.06.96, titre de la première page], « Pourquoi la recherche médicale est-elle si lente à trouver les armes adéquates ? » [*La Liberté*, 5.06.96, texte de la première page], « La crise de la "vache folle" trahit-elle la crise de la médecine ? Après plusieurs décennies triomphales, la science doit avouer ses limites » [*La Liberté*, 5.06.96, sous-titre d'articles], « À faire de la médecine une science, alors qu'elle est un art, la société contemporaine fonce tête baissée dans une impasse » [*Le Nouveau Quotidien*, 18.01.96] (Zappalà, 1997, p. 185). La réaction des médias et du public est donc parfois empreinte de ce regard critique pouvant retarder, voire même annuler, la mise en place à grande échelle de nouvelles pratiques ou technologies médicales, tout comme elle peut contribuer à son accélération (Breslau, 2003).

### 5.2.2 La multiplication des solutions thérapeutiques comme moteur de la médicalisation

Les développements biotechnologiques et les innovations génétiques ont eux aussi régulièrement été associés, dans la littérature sociologique consultée, à la médicalisation alors que ces nouveautés thérapeutiques ou préventives peuvent contribuer à l'accroissement de la pathologisation de l'existence humaine. Cette capacité d'innover de la médecine et de l'industrie pharmaceutique a été identifiée dès les premiers écrits sur la médicalisation comme un élément contextuel à surveiller. Renee Fox, par exemple, écrivait en 1977 que « it is to the biotechnological capacities of modern medicine that its greatest power is usually attributed: both its huge battery of established drugs and procedures and its

new and continually increasing medical and surgical techniques. [...] The potentials of medicine not only to prevent and to heal, but also to subjugate, modify, and harm are implicated in such references » (Fox, 1977, p. 12).

Conrad précise toutefois que si de tels progrès biotechnologiques ont toujours contribué au renforcement de la médicalisation de l'existence humaine, donnant l'exemple de l'utilisation de forceps lors de la naissance d'un enfant ou de la mise au point de médicaments pour calmer les enfants hyperactifs, les technologies d'alors n'y participaient qu'en deuxième instance. La situation est toute autre aujourd'hui : « these drugs or technologies were not the driving force in the medicalization process; facilitating, yes, but not primary. But this is changing. The pharmaceutical and biotechnology industries are becoming major players in medicalization » (Conrad, 2005, p. 5). Ainsi, des diagnostics peuvent être réfutés, maintenus ou renforcés, selon les technologies et les innovations thérapeutiques rendues disponibles. Aussi, les traitements biochimiques ou pharmacologiques sont souvent privilégiés aux traitements traditionnels, étant jugés plus efficaces parce que fondés sur des données dites probantes (Breslau, 2003; Conrad, 2005).

À ce titre, Hafferty (2006) suggère que si la science et la technologie ont toujours été intimement liées à la médecine, elles auraient subi au cours des deux dernières décennies une différenciation interne lorsque le travail de recherche scientifique s'est graduellement détaché des fonctions cliniques de la profession médicale. Auparavant inséparables, la science jouerait désormais un rôle distinct, exerçant une influence directe sur la définition des maladies et donc la médicalisation de l'existence humaine. Grâce à des innovations thérapeutiques ou biotechnologiques, des conditions, événements et réalités problématiques ont ainsi pu être reconnus dans les dernières décennies comme des maladies basées sur un diagnostic formel, entraînant des conséquences majeures pour les personnes atteintes et les institutions publiques et privées chargées d'offrir les traitements appropriés. Les exemples du syndrome de fatigue chronique et de la fibromyalgie, cités par Hafferty, illustrent cette relation de plus en plus distincte entre les développements biotechnologiques et thérapeutiques et la médecine clinique.

« For example, what would push chronic fatigue syndrome (CFS) and/or fibromyalgia to be labeled a disease rather than a "condition"? And does science have anything to say about this? The contested status of CFS and fibromyalgia as a disease versus a condition has generated considerable sociological and medical attention. [...] Nonetheless, both CFS and fibromyalgia have distinctive clinical-medical identities. Both also have well-established diagnostic criteria, [...]. Yet both continue to exist, both within and outside of medicine, as "suspect diseases". Organized medicine presents us with an ambiguous set of answers to the question of whether CFS and fibromyalgia are bona fide diseases. How then are we to move beyond this impasse? One possible answer is science. There is a basic science literature for both CFS and

fibromyalgia, a literature that is reasonably distinct (citation counts would be one criteria) from those of sociology and medicine. At the present time, this literature is dominated – and defined – by gnomonic research. One consequence of this research was on display recently when the international news media headlines reported; “Chronic fatigue is linked to immune system”, and “Genetic basis found for chronic fatigue syndrome”. Another reported: “But now, scientists have found evidence that the condition which has been widely disparaged as « yuppie flu », is biologically based and quite real”. All of a sudden the medicalization discussion for CFS appeared to shift and, if only for a moment, CFS became more disease-like. Even the business media (and therefore Wall Street) tracked the story » (Hafferty, 2006, p. 44).

Aussi, ces innovations thérapeutiques et les diagnostics qui leur sont associés sont, contrairement à ce que la science peut prétendre, socialement construits, étant le produit d'intérêts économiques, sociaux et culturels propres à une époque donnée (Del Volgo, 2009). La production du savoir scientifique et technologique et la sélection des réalités problématiques qui seront éventuellement étiquetées de réalités pathologiques sont davantage une activité socialement déterminée plutôt que « the value-free pursuit of truth », comme le soulignait Catherine Riessman il y a maintenant déjà près de trente ans (1983, p. 4). Ainsi, la multiplication des solutions thérapeutiques, voire même préventives, s'inscrit comme un agent propulseur de la médicalisation mis au service des nombreux acteurs impliqués dans ce processus de reconfiguration pathologique.

Il en va de même pour les récents développements du génie génétique, sujet nouveau dans la littérature sur la médicalisation. Bien qu'à l'heure actuelle ces innovations génétiques – et leur monde de possibilités – soient encore relativement limitées, elles pourraient très prochainement, selon Conrad (2005), révolutionner le secteur de la santé et des soins, et ainsi largement influencer les mécanismes de la médicalisation. Elles pourraient par exemple ouvrir la porte à des manipulations génétiques, prénatales notamment, dans le but d'intervenir sur les corps avant même l'apparition des maladies. Si tel est le cas, une condition jugée d'origine génétique pourrait faire l'objet d'une définition ou redéfinition médicale et se voir attribuer l'étiquette de maladie, impliquant indéniablement une surveillance médicale pour tous les individus malades et ceux, encore plus nombreux, potentiellement atteints de cette maladie (Armstrong, 1995 dans Conrad, 2005; voir aussi Conrad et Leiter, 2004). Ces nouveaux procédés pourraient éventuellement changer, encore une fois, le visage de la médicalisation par la reconfiguration des réalités jugées médicalement problématiques et nécessitant des interventions de nature médico-génétique (Conrad, 2007).

« Although the genetic impact on medicalization still lies in the realm of potential, one can imagine when some of the genetic contributors to problems such as obesity and baldness are identified, genetic tests and eventually treatments will soon follow. [...] A large area for growth in genetics and medicalization will be what we call biomedical enhancement (Conrad and Potter 2004; Rothman and Rothman 2003; Elliott 2003). Again, this is still in the realm of potential,



but the potential is real. There is a great demand for enhancements, be they for children, our bodies, or our mental and social abilities. Medical enhancements are a growing form of these. [...] While many genetic improvements may remain in the realm of science fiction, there are sufficient monetary incentives for biotechnology companies to invest in pursuing genetic enhancements. The potential market for genetic enhancements is enormous » (Conrad, 2005, p. 7).

Parfois ardemment souhaité par certains groupes d'acteurs ou, au contraire, fortement dénoncé par ces derniers, il n'en demeure pas moins que la médicalisation des divers aspects de l'existence humaine (et l'orientation de sa trajectoire) a été et continuera très certainement d'être, dans les années à venir, fortement influencé par les développements biotechnologiques et les innovations génétiques.

### 5.2.3 La médicalisation comme débouché économique

Les nouvelles technologies de l'information et les innovations biotechnologiques et génétiques vont également de pair, dans la littérature sociologique, avec l'omniprésence des enjeux économiques de la médicalisation. Comme nous l'avons vu précédemment, l'industrie pharmaceutique est considérée comme l'un des principaux acteurs dont le rôle s'est accru considérablement au cours des dernières décennies. Mais plus que la seule industrie pharmaceutique, c'est la création de tout un « marché de la santé » qui est pointée du doigt comme force motrice de la médicalisation.

« I have been interested in medicalization for a long time and like Furedi, have observed that medicalization is changing. It is by now well accepted that the professional dominance of medicine has declined both in terms of management and authority, so it should be no surprise that professionals play a lesser role in medicalization. As John McKinlay noted, the golden age of medicine ended in the 1970s. My take on the change parallels Furedi's view but also points elsewhere. At the risk of oversimplifying a complex issue, I suggest the engines that drive medicalization are shifting from the medical profession, social movements, and interorganizational activities to biotechnology, consumers, and managed care insurance companies. In a word, we've moved from a fundamentally professionally based medicalization to a more market driven one » (Conrad, 2006, p. 19).

La création d'un marché pour les services et soins de santé, dans lequel évolue maintenant le patient-consommateur, est assurément parmi les principaux changements contextuels à avoir eu lieu au cours des trente dernières années (Conrad, 2005, 2007). Cette transformation a eu cours principalement à partir des années 1980. Selon Dingwall, « the critique of medicalization underwent a crucial change. Where it had originally been focused on the disciplinary role of doctors as agents of social control and their function as the "soft police" of patriarchal capitalism, it now became much more of a challenge to the extending influence of the medical-industrial complex as a whole » (2006, p. 34). La construction

des maladies s'est ainsi vue davantage influencée par des intérêts corporatifs, alors que le médecin de campagne, comme Knock, qui régnait en maître sur les malades de son district, s'est vu être remplacé par une entité d'autant plus puissante poussée par un désir de rentabilité que seul l'accroissement de la demande et de l'offre thérapeutique peut garantir (Moynihan, Heath et Henry, 2002; Blech, 2005).

Face à ces nouveaux enjeux, Poitras et Meredith (2008) ont récemment proposé une vision distincte du concept de médicalisation, où la « médicalisation sociale », référant principalement aux enjeux de contrôle social, s'inscrit parallèlement à la « médicalisation économique », permettant ainsi à leur avis de mettre davantage l'accent sur la création de marchés pour les nouvelles technologies médicales et les services et soins de santé. Correspondant aujourd'hui à des réalités si diversifiées, il devient, à leur avis, impératif de décomposer le concept de médicalisation : « Drawing a distinction between economic and social medicalization focuses attention on the ethical motives of the medical professionals involved in the process. Economic medicalization encompasses cases where the profit motive plays a substantive role in the transformation of non-medical problems into medical ones » (Poitras et Meredith, 2008).

Dans le même ordre d'idée, Abby Lippman (2004) a également proposé un nouveau concept, celui de « néo-médicalisation », dans le but de faire davantage ressortir ces nouveaux enjeux économiques associés à la médicalisation du social. À son avis, la médicalisation se présente encore aujourd'hui sous sa forme classique, orientée vers le contrôle social et l'élargissement du champ de compétence de la médecine, mais les transformations sociales des dernières décennies obligent à revoir ce concept à la lumière des nouvelles techniques de marketing mises de l'avant par l'industrie pharmaceutique.

Le processus [de médicalisation] est fondé sur une vision et une approche selon laquelle les expériences naturelles et les problèmes socialement créés sont des maladies qui nécessitent une surveillance ou une intervention médicale. [...] Malheureusement, la médicalisation n'est qu'un processus du passé; elle continue aujourd'hui sous des formes « classiques ». Toutefois notre compréhension du processus semble nécessiter une certaine mise à jour et une réévaluation [...]. L'ajout du préfixe « néo » attire l'attention à la fois sur ce que nous comprenons déjà du processus de médicalisation et aussi sur les forces économiques contemporaines qui contribuent à l'adoption de cette approche étendue (Lippman, 2004, p. 8).

Ainsi, utilisant les concepts de médicalisation, de médicalisation économique ou de néo-médicalisation, nombreux sont les auteurs qui ont tenus dans leurs ouvrages à aborder les enjeux économiques qui sous-tendent et influencent l'orientation du processus et phénomène de la médicalisation, parce que, soulignent-ils, la santé et les interventions thérapeutiques ne se résument pas simplement à ce qui se passe entre le professionnel de la santé et le patient. L'économie capitaliste,

dominée par la rentabilité et le profit, a inévitablement infiltré les systèmes de santé où la redéfinition pathologique des expériences de vie nécessite de plus en plus de nouveaux médicaments, tests, équipements sophistiqués et produits d'assurances (Riessman, 1983).

Si, selon Conrad et Furedi, la décennie 1980 a été l'une des plus marquantes pour l'accroissement de la médicalisation, que s'est-il donc passé à partir de cette époque pour que cette dernière devienne une force sociale incontournable ? Le contexte économique, marqué par les récessions et compressions budgétaires des années 1970 et 1980, est au cœur des transformations contextuelles qui ont affecté le processus et phénomène de la médicalisation, selon Hafferty (2006). Jusqu'à cette époque, explique-t-il, le secteur des soins de santé était peu différencié, les entreprises pharmaceutiques et d'équipement médical se partageant tous les investissements. Le portrait s'est davantage complexifié à partir du milieu des années 1980 suite à la multiplication des entreprises œuvrant dans le très vaste secteur de la santé et qui ont cherché à faire fructifier les fonds de leurs nombreux investisseurs.

« This emerging differentiation was more than just the raw number and types of companies. As the number of companies grew, so did the "type" of investment vehicles offered to capital by Wall Street. Within a decade, health care went from "big pharma" and medical equipment to literally hundreds of different health care investment vehicles. Investors could buy the stock or debt of thousands of individual companies, but they could also buy mutual funds and/or "indexes" that focused exclusively on health care stocks. [...] In an extraordinarily short period of time, the relatively small and undifferentiated market of "health care" became an intense object of capital, and in doing so became highly diversified and ever more heterogeneous. Of course, none of this could have happened without a number of other social and technological factors falling into place [...] Nonetheless, one of the major shifting forces in the 1980s was the discovery of health care and medicine by investors, who found a number of new places to make and lose capital. American medicine was profoundly changed by this discovery [...] » (Hafferty, 2006, p. 42-43).

Les intérêts économiques de l'industrie de la santé ont largement contribué à la création de nouvelles maladies (ou le *disease mongering* comme nous l'avons vu précédemment) en vue de développer de nouveaux marchés pour les produits de santé. Il n'est donc pas surprenant, pour Furedi (2006), que l'industrie de la santé ait été, et soit encore aujourd'hui, à la fois bénéficiaire et instigatrice des changements majeurs dans la médicalisation de l'existence humaine. La commercialisation de nouveaux tests diagnostics, de médicaments, de vaccins, en plus de la publication d'une vaste littérature pour l'auto-gestion des problèmes de santé (dont les *self-help books*, par exemple), sont tous venus alimenter un marché basé sur un souci grandissant pour une santé parfaite (Zola, 1981; Purdy, 2001). En somme, « there's a lot of money to be made from telling healthy people they're sick » (Moynihan, Heath et Henry, 2002, p. 886).

Il serait faux de croire que les intérêts financiers puissent être désormais la seule motivation à l'origine de l'accroissement de la médicalisation, cette dernière étant le résultat d'un processus beaucoup plus complexe où de nombreux acteurs aux intérêts fort différents cherchent à en influencer les mécanismes. On ne peut tout de même nier l'importance grandissante des enjeux économiques, alors que la guérison des corps, malades ou potentiellement malades, passe dorénavant par un traitement médical dont les coûts ne cessent d'augmenter (Poitras et Meredith, 2008). Aussi, le traitement des facteurs de risque liés à une maladie, et non plus seulement le traitement de cette maladie en elle-même, a permis aux compagnies pharmaceutiques et à toute l'industrie de la santé de voir drastiquement augmenter la vente des médicaments et des autres produits dérivés du secteur de la santé, faisant miroiter à ces compagnies la possibilité d'engendrer des profits potentiels toujours plus imposants. « The creation and treatment of perceived health risks is potentially much more profitable area for pharmaceutical company marketing campaigns to pursue than the development of drugs that treat actual diseases » (Poitras et Meredith, 2008).

La logique est ainsi inversée : plutôt que de développer des médicaments ou des traitements dans le but de guérir des maladies déjà médicalement reconnues, la logique marchande veut que les compagnies pharmaceutiques commercialisent de plus en plus de nouveaux produits thérapeutiques ou élargissent leur champ d'indication (*off-label use*) pour des conditions, événements, problématiques qui n'ont pas encore officiellement traversé la frontière du pathologique, mais qui pourraient, vu la disponibilité de ces traitements, être officiellement reconnus à titre de maladie (Lippman, 2004; Blech, 2005; Conrad, 2007; Poitras et Meredith, 2008).

[...] notre compréhension du processus [de médicalisation] semble nécessiter une certaine mise à jour et une réévaluation afin d'intégrer deux nouveaux phénomènes. L'un est le fait qu'aujourd'hui, les maladies sont vraisemblablement davantage créées par les sociétés pharmaceutiques que par les médecins. L'autre est le fait que les expériences naturelles de vie sont représentées non plus seulement comme des maladies en elles-mêmes, mais aussi comme des causes de maladies futures. [...] La néo-médicalisation s'insère parfaitement dans le courant de la société de consommation nord-américaine d'aujourd'hui et dans la vision actuelle selon laquelle la maladie, ou la « prémaladie », est perçue comme un « débouché économique » ! [...] La nature commerciale de la néo-médicalisation se manifeste de bien d'autres façons, et l'une d'elles, entre autres, compte parmi les plus problématiques : la création de conditions spécifiques concordant avec un médicament déjà disponible. Contrairement à la pratique habituelle selon laquelle un médicament est mis au point pour répondre à une maladie, le rapport « cause/effet » est de plus en plus inversé et une « maladie » est créée dans le but de mousser la vente d'un médicament déjà sur le marché ou présenté dans un nouvel emballage. Dans les deux cas, ce procédé favorise les fabricants en allongeant la période de protection de brevets (Lippman, 2004, p. 11).



Les techniques de marketing mises en place par les entreprises œuvrant dans le secteur de la santé font ainsi souvent l'objet d'analyses dans les ouvrages consacrés à la médicalisation. À ce titre, si la publicité s'adressant directement aux patients – consommateurs de soins – est l'objet d'une réglementation différente selon les pays occidentaux, il n'en demeure pas moins que de nombreux consommateurs y ont souvent accès par l'entremise de différents médias, dont Internet. Ce type de publicité peut notamment faire la promotion d'un produit thérapeutique en demandant aux consommateurs de vérifier auprès de leur médecin si ce médicament est pertinent pour eux (« *ask your doctor if... is right for you* »), démontrant ainsi, selon Conrad (2007), à quel point les entreprises privées et les patients occupent désormais un rôle primordial, même si les médecins demeurent les seuls à pouvoir prescrire un médicament.

Les consommateurs sont ainsi devenus des cibles importantes pour assurer le développement du marché de la santé et l'augmentation des ventes de produits pharmaceutiques (Conrad et Leiter, 2004). D'autres publicités cherchent, quant à elles, davantage à sensibiliser le public à l'existence d'une maladie ou d'une réalité problématique qui pourrait, dans un avenir plus ou moins rapproché, se voir officiellement médicalisée. « Consumer education campaigns are used to introduce new products or extended applications, essentially bringing new people into a market by creating a previously unrecognized demand for a product (Applbaum 2000) » (Conrad et Leiter, 2004, p. 171). Aux yeux des compagnies pharmaceutiques, ce genre de publicité permet aux consommateurs d'être mieux informés sur les différentes maladies, leurs symptômes et les traitements disponibles, leur permettant ainsi de faire des choix plus éclairés. Bien que certains auteurs y voient un avantage indéniable pour la prévention des maladies et l'instauration d'une relation plus équitable entre les médecins et les patients (Bonaccorso et Sturchio, 2002), d'autres rappellent que ces stratégies de marketing peuvent entraîner la médicalisation – inutile, voire même néfaste – des individus, ou du moins faire perdre de précieuses minutes lors des consultations médicales alors que les médecins doivent expliquer aux patients en quoi ce genre de traitements ne leur est pas approprié (Conrad et Leiter, 2004). Les compagnies pharmaceutiques envoient donc le message suivant aux consommateurs : « a pill for every ill – and increasingly an ill for every pill » (Mintzes, 2002, p. 909).

Ainsi, les compagnies pharmaceutiques adoptent une multiplicité de stratégies pour promouvoir leurs produits, ce qui soulève des considérations éthiques très importantes de l'avis de plusieurs (Moynihan et Cassels, 2005 dans Conrad, 2007; Poitras et Meredith, 2008). Par exemple, l'embauche de médecins-experts ou de personnalités connues pour faire la promotion des produits disponibles, la publication (sur Internet notamment) de questionnaires d'auto-évaluation, la distribution d'échantillons



gratuits aux médecins et le financement de facultés universitaires par des entreprises privées sont toutes des pratiques largement questionnées, sinon dénoncées dans les écrits consultés (Moynihan, Heath et Henry, 2002; Hafferty, 2006; Poitras et Meredith, 2008).

Le marché de la santé est « médiatisé » alors que des entreprises privées cherchent à accroître la vente de leurs produits en faisant leur promotion directement auprès des autres acteurs impliqués dans la médicalisation du social, c'est-à-dire les consommateurs, les médecins, les assureurs et les institutions publiques. Mais le marché de la santé est aussi orienté par la demande privée. Des consommateurs acceptent d'assumer seuls les frais associés à des soins et des produits de santé, comme dans le cas par exemple des médicaments disponibles en vente libre ou de services de chirurgie esthétique inadmissibles à un remboursement par l'État ou un assureur privé. Il va sans dire que différents facteurs tels que la pression exercée par des patients-consommateurs de soins ou un changement dans la réglementation des assureurs et institutions publiques peuvent régulièrement modifier les règles du marché de la santé (Conrad et Leiter, 2004). Mais il n'en demeure pas moins que la logique médicale est de plus en plus transformée en une logique marchande (Drulhe et Clément, 1998).

« In short, the marketing of medical solutions to life problems by medical entrepreneurs and the seeking and purchasing of these solutions by consumers have created an expanded industry in medicalization (Conrad, 2007, p. 155). [...] Until the last decade or so, sociologists rarely examined medicine as any kind of marketplace. But it is becoming clear that, with the development of managed care, corporatized medicine, and the rise of the biotechnology industry, medical markets are increasingly important in the analysis of health care. [...] It is not new knowledge or technology that engenders medicalization but how they are used. Corporate and medical promotion of products, treatments, and drugs underlies the emergence of new medical markets. With our corporatized medical-industrial complex, the creation or expansion of medical markets becomes an important conduit to medicalization. Consumer demand is not simply unfettered desire for medical solutions, but it is shaped by the availability and accessibility of medical interventions. This creates a new set of relationships among corporate entities, insurers, physicians, and consumers (Conrad et Leiter, 2004, p. 160-171). While the seeds of medicalization may be in the culture, the most potent fertilizer is now commercialized and market driven » (Conrad, 2006, p. 20).

Ainsi, les mécanismes de la médicalisation et la place occupée par les différents acteurs dans l'orientation de la médicalisation doivent être compris à la lumière des récentes transformations sociales, économiques et scientifiques qui en ont influencé le parcours. Si la médicalisation réfère aujourd'hui à la pathologisation de l'existence humaine – dans une logique de promotion de la santé, de prévention des maladies et de gestion du risque – et que des acteurs comme les patients et l'industrie pharmaceutique puissent avoir davantage d'emprise sur les décisions qui regardent la médicalisation, c'est bien en raison de changements contextuels majeurs. La médicalisation est au

cœur de nouveaux enjeux, marqués notamment par la démocratisation du savoir médical, les innovations biotechnologiques et génétiques, et le développement d'un complexe pharmaco-industriel, qui chacun à leur manière contribuent à repositionner les forces en puissance dans le processus et phénomène de la médicalisation et à revoir la définition même de son concept.

## CHAPITRE VI

### TRANSFORMATION DU CHAMP SÉMANTIQUE DE LA MÉDICALISATION DANS LA LITTÉRATURE SOCIOLOGIQUE

Les chapitres précédents nous ont permis de mieux saisir la diversité des significations associées au terme médicalisation depuis son entrée dans la littérature à caractère sociologique. Cet exercice de clarification sémantique s'est avéré être fort révélateur alors que diverses dimensions associées à la médicalisation ont émergé de notre corpus, notamment en regard à ses mécanismes, aux acteurs qui y participent et aux éléments contextuels qui en influencent la trajectoire.

Aussi, avant de revenir sur les diverses positions des auteurs analysés – qui ont chacun à leur manière influencé la composition du champ sémantique du terme médicalisation – nous présenterons le concept de biomédicalisation proposé au début des années 2000 par Adele Clarke et ses collègues. Le terme médicalisation s'est sans contredit transformé au cours des quarante dernières années, et ce sur le plan sémantique, mais aussi lexical.

#### 6.1 La médicalisation et son pendant contemporain, la biomédicalisation

Nous avons vu que le champ sémantique du terme médicalisation a subi de nombreuses transformations depuis son entrée dans la littérature sociologique il y a maintenant quarante ans. Reprenant différents éléments présentés précédemment, Adele Clarke et ses collègues ont proposé une redéfinition complète du concept de médicalisation, le jugeant dorénavant inapte à saisir les principaux enjeux du secteur médical qui transforment radicalement la biomédecine « en un réseau complexe de pratiques institutionnalisées, de personnes et d'objets » (Clarke et coll., 2000, p. 12). À ce titre, elles ont recommandé l'adoption d'une nouvelle terminologie : la biomédicalisation. Elles expliquent que la médicalisation correspond à leur avis à l'extension du champ de compétence des médecins par l'intégration à leur pratique de problèmes moraux et criminels et l'instauration d'une force contraignante de contrôle social organisée par la profession médicale. La biomédicalisation repose, pour sa part, davantage sur des processus dynamiques où s'entrecroisent les différents acteurs

mobilisés par la médicalisation et les innovations technoscientifiques « qui ne se contentent pas d'ajouter à ce qui existe, mais bien plutôt le transforment » (Clarke et coll., 2000, p. 12).

La force de Clarke et ses collègues réside assurément dans leur capacité à identifier les transformations du secteur de la santé et à dresser un portrait complet des nouveaux enjeux et mécanismes de la médicalisation/biomédicalisation, même si Conrad remet en question la pertinence de rebaptiser ce dont la médicalisation permet déjà de rendre compte. « I agree with much of what Clarke and colleagues see as happening in medicine, but I believe it is better captured by acknowledging the shifting engines of medicalization and the increasingly market-based forms of medicalization » affirmait Conrad récemment pour justifier l'utilisation encore courante, par lui-même et de nombreux autres auteurs, du terme médicalisation (2007, p. 14).

Pour Clarke et ses collègues, et comme nous l'avons décrit précédemment, la pratique médicale est aujourd'hui largement influencée par des innovations biotechnologiques et les nouvelles technologies de l'information appliquées à la prévention, au diagnostic et au traitement des maladies (nouvelles technologies de visualisation, synthèse de médicament assistée par ordinateur, télé médecine, génomique, etc.), contribuant ainsi, selon ces auteures, à la biomédicalisation de « la vie elle-même ».

« Biomedicalization is our term for the increasingly complex, multisited, multidirectional processes of medicalization that today are being both extended and reconstituted through the emergent social forms and practices of a highly and increasingly technoscientific biomedicine. We signal with the "bio" in biomedicalization the transformations of both the human and nonhuman made possible by such technoscientific innovations as molecular biology, biotechnologies, genomization, transplant medicine, and new medical technologies. That is, medicalization is intensifying, but in new and complex, usually technoscientifically enmeshed ways » (Clarke et al., 2003, p. 162).

La médecine ne se contente plus de contrôler le corps et les comportements individuels, mais cherche désormais à transformer les processus et propriétés de la vie humaine. Les auteures tiennent toutefois à préciser que ce passage vers la biomédicalisation n'est pas linéaire, étant constamment ponctué de contradictions et de mouvement d'aller-retour entre les processus de médicalisation et de biomédicalisation. Il s'agit donc d'une mutation terminologique à causalité multiple, excluant du même coup l'explication simpliste associée à une asymétrie des pouvoirs.

En fait, le brouillage d'un certain type de frontières – public/privé, expert/profane, patient/consommateur, médecin/assureur, université/industrie, parmi d'autres – libère des énergies nouvelles et imprévisibles. [...] Nous y voyons plutôt de nouvelles formes d'entremise, d'accès au pouvoir, de confusion, de résistance, de responsabilité, de refus, de docilité, d'assujettissement, de citoyenneté, de moralité. Il y a là une infinité de nouveaux lieux de négociation, de filtrage du pouvoir, de soulagement – comme de déclenchement – de la souffrance, et d'émergence de connaissances maîtrisées (Clarke et coll., 2000, p. 16).

Clarke et ses collègues ont défini cinq éléments clés qui caractérisent, à leur avis, la biomédicalisation, et les ont comparés avec ceux du processus traditionnel de médicalisation dans un tableau que nous reproduisons intégralement à la fin de cette section. Le premier s'intitule *Éléments d'économie : le Complexe biomédical de technoservices™, Inc* (*Economic: The U.S. Biomedical TechnoService Complex, Inc.*). Par ce titre, ces auteurs cherchent à mettre l'accent sur le fait que, à l'ère de la biomédicalisation, les services médicaux et les installations sont caractérisés par la corporatisation, la privatisation, la rationalisation, la centralisation, la transnationalisation et la mondialisation, alors que, opérant différemment selon les contextes nationaux, des entités industrielles privées cherchent continuellement à accroître leurs secteurs d'activités. Cette expansion ou reconfiguration des limites entre la médecine privée (commerciale) et la médecine publique (à but non lucratif) permet un accroissement des secteurs générateurs de profit et la transformation de services de santé en marchés lucratifs, s'adonnant à un « néo-colonialisme d'un type nouveau et différent » (Clarke et coll., 2000, p. 31). Clarke et ses collègues utilisent donc l'expression « Complexe biomédical de technoservices™, Inc » afin de mettre « en relief les services qui, en Occident, font avancer la biomédicalisation grâce à un réseau profond et complexe d'industries connexes, d'entités économiques, de pratiques institutionnelles et d'organisations. De plus, il entraîne une mondialisation et une transnationalisation rapide du modèle biomédical occidental » (Clarke et coll., 2000, p. 24). Aussi, la biomédicalisation, tout comme l'était la médicalisation, demeure ancrée dans une stratification sociale alors que les services de santé et les innovations biotechnologiques ne sont pas universellement accessibles à tous les patients-consommateurs de soins (Clarke et coll., 2003).

Un deuxième élément clé de leur analyse porte sur les notions de *risque et surveillance* (*The Focus on Health, Risk and Surveillance*), étroitement liées à l'obligation moderne pour chaque individu d'entretenir sa santé. Autrefois circonscrite à l'intérieur des murs de la clinique, la surveillance des facteurs de risque est maintenant en vigueur en tout lieu et en tout temps. Ainsi, « la biomédicalisation s'accomplit à travers l'expérience vécue, quotidienne et continue, d'une "santé" liée à un "risque" individualisé » (Clarke et coll., 2000, p. 25). La santé est désormais à la fois une réalisation de soi, un objectif individuel, une responsabilité sociale, une obligation morale – d'être et de demeurer en santé – et le lieu d'interventions biomédicales. Selon Clarke et ses collègues, si la santé s'en trouve



aujourd'hui moins médicalisée suite au transfert de sa responsabilité du médecin au patient, elle est davantage biomédicalisée étant constamment sous haute surveillance individuelle. À l'ère de la biomédicalisation, « the focus is no longer on illness, disability, and disease as matters of fate, but on health as a matter of ongoing moral self-transformation » (Clarke et coll., 2003, p.172).

La *technoscientification de la biomédecine* (*The Technoscientization of Biomedicine*) et l'arrivée des technologies informatiques et informationnelles facilitent également la biomédicalisation. L'informatisation et la compilation de données médicales, la biologie moléculaire et la génomique notamment permettent d'accumuler de l'information sur le corps défaillant et de le transformer ou le reconstituer. Finalement, « le développement des technologies médicales en tout genre se trouve transformé par la digitalisation, la miniaturisation et les rapports avec les autres innovations, générant des types entièrement nouveaux de technologies, comme les nano-technologies » (Clarke, 2000, p. 27-28). Ces développements techno-scientifiques, souvent plus rapides et efficaces, mais aussi plus dispendieux, sont orientés par cette volonté d'atteindre un état de santé sans faille.

La *transformation de la production et de la distribution du savoir et de l'information* (*Transformations of Information and the Production and Distribution of Knowledges*) affecte également la biomédicalisation. Historiquement restreint à la profession médicale, ce savoir est aujourd'hui largement diffusé par une multitude de médias et d'interfaces, contribuant de l'avis de Clarke et ses collègues, à déplacer les notions de pouvoir et de savoir biomédical. Les professionnels et les non professionnels sont désormais obligés d'être à jour en matière d'informations médicales, alors que se brouillent les frontières « entre experts/profanes et producteurs/professionnels, entre vendeurs et personnes/malades, ainsi qu'entre prestataires, organisations de prise en charge, agences de contrôle et toutes sortes de consortiums » (Clarke et coll., 2000, p. 29). La biomédecine n'est donc plus confinée à une sous-culture, mais fait désormais partie de la culture de masse (Clarke et coll., 2003).

Finalement, la *transformation des corps* (*Transformations of Bodies and Identities*) est un élément clé de la biomédicalisation alors que la médecine ne cherche plus tant à contrôler les corps, mais à les transformer.

[...] la biomédicalisation fonctionne de « l'intérieur vers l'extérieur », en altérant subjectivités et désirs biomédicalisés. Là où les pratiques de médicalisation semblaient poussées par le désir de normaliser et de rationaliser en homogénéisant, les techniques de biomédicalisation font davantage. Elles réorientent la biomédecine et les technosciences pour qu'elles fassent du « sur mesure », offrant des niches de développement et des niches de marché locales à une « médecine boutique », destinée à des consommateurs sélectionnés – souvent d'ailleurs, sur la base du paiement à l'acte (Clarke et al, 2000, p. 29).

Cette individualisation des pratiques médicales favorise une rhétorique du choix et la production de nouvelles identités. Tout aussi normative et disciplinaire, la pratique du surmesure permet une « déstabilisation des différences » et un élargissement des standards acceptés alors que les identités constituées au moyen d'innovations technoscientifiques sont multiples. La négociation des identités est donc un enjeu permanent dans le cadre de la médicalisation : « Such an identity can be handled as a "strategic" identity, seemingly accepted to achieve particular goals, but also (typically in other situations) it may be refused. Such identities may also be ignored in favor of alternatives » (Clarke et coll., 2003, p.183).

C'est ainsi que, contrairement à la majorité des autres auteurs consultés, Adele Clarke et ses collègues ont senti le besoin de proposer une nouvelle terminologie pour illustrer les principaux mécanismes à l'œuvre actuellement en regard à la santé, la maladie et la médecine, qui en Occident s'étendent de plus en plus à l'extérieur de leurs frontières dites traditionnelles. Ne remplaçant pas totalement le processus, phénomène et concept de médicalisation, elles ont cherché, par l'expression biomédicalisation, à mettre davantage l'accent sur l'importance des innovations technoscientifiques et des enjeux économiques qui ont actuellement cours dans le domaine de la santé. Malgré tout, plusieurs autres auteurs ont aussi fait le même exercice dans le cadre de leurs analyses de la médicalisation, ne voyant pas pour leur part la pertinence d'utiliser une nouvelle terminologie. La démarche de Clarke et ses collègues demeure néanmoins intéressante, car elle permet de rendre compte et synthétiser les nombreuses transformations qui ont affecté le champ sémantique de la médicalisation, terme que la majorité des auteurs ont préféré conserver. Le tableau suivant reprend les principales différences identifiées par Clarke et ses collègues entre la médicalisation et la biomédicalisation.

**Tableau 6.1**  
De la médicalisation à la biomédicalisation  
(« *The Shift from Medicalization to Biomedicalization* »)

| MEDICALIZATION  | BIOMEDICALIZATION   |
|---|---|
| Control   | Transformation  |
| Institutional expansion of professional medical jurisdiction into new domains   | Expansion also through technoscientific transformations of biomedical organizations, infrastructures, knowledges, and clinical treatments   |
| <i>ECONOMICS: THE U.S. BIOMEDICAL TECHNOSERVICE COMPLEX, INC.</i>   |   |
| Foundation – and state-funded (usually NIH) biomedical, scientific, and clinical research with accessible/public results                          | Also increasing privatization of research including university/industry collaborations with increased privatization and commodification of research results as proprietary knowledge    |
| Increased economic organization, rationalization, corporatization, nationalization  | Also increased economic privatization, devolution, transnationalization/globalization   |
| Physician-dominated organizations   | Managed care system-dominated organizations   |
| Stratification largely through the dual tendencies of selective medicalization and selective exclusion from care based on ability to pay          | Stratification also through stratified rationalization, new population-dividing practices, and new assemblages for surveillance and treatments based on new technoscientific identities |
| <i>THE FOCUS ON HEALTH, RISK, AND SURVEILLANCE</i>  |   |
| Work through a paradigm of definition, diagnosis (through screening and testing), classification, and treatment of illness and diseases           | Works also through a paradigm of definition diagnosis (through screening and testing), classification, and treatment of risks and commodification of health and lifestyles              |
| Health policy as problem-solving  | Health governance as problem-defining   |
| Diseases conceptualized at the level of organs, cells   | Risks and diseases conceptualized at the level of genes, molecules, and proteins  |
| <i>THE TECHNOSCIENTIZATION OF BIOMEDICINE</i>   |   |
| Highly localized infrastructures with idiosyncratic physician, clinic, and hospital records of patients (photocopy and fax are major innovations) | Increased integrated infrastructures with widely dispersed access to highly standardized, digitized patients' medical records, insurance information processing, and storage            |



|  |   |
|--|---|
| Individual/case-based medicine with local (usually office-based) control over patient information  | Outcomes/evidence-based medicine with use of decision-support technologies and computerized patient data banks in managed care systems  |
| Medical science and technological interventions (e.g., antibiotics, chemotherapy, radiation, dialysis, transplantation, new reproductive technologies)                                     | Biomedical technoscientific transformations (e.g., molecularization, biotechnologies, genetization, nanoscience, bioengineering, chemoprevention, genetic engineering, and cloning)                                   |
| New medical specialties based on body parts and processes and diseases processes (e.g., cardiology, gynecology, oncology) assumed to be universal across populations and practice settings | New medical specialties based on assemblages-loci of practice and knowledge of accompanying distinctive populations and genres of sciences and technologies (e.g., emergency medicine, hospitalists, prison medicine) |
| <i>TRANSFORMATIONS OF INFORMATION, AND THE PRODUCTION AND DISTRIBUTION OF KNOWLEDGES</i>   |   |
| Professional control over specialized medical knowledge production and distribution, with highly restricted access (usually limited to medical professionals)                              | Heterogeneous production of multiple genres of information/knowledge regarding health, illness, disease, and medicine, widely accessible in bookstores and electronically by Internet, etc.                           |
| Largely top-down medical professional-initiated interventions  | Also heterogeneously initiated interventions (examples of new actors include health social movements, consumers, Internet users, pharmaceutical corporations, advertisements, websites)                               |
| <i>TRANSFORMATIONS OF BODIES AND IDENTITIES</i>  |   |
| Normalization  | Customization   |
| Universal taylorized bodies; one-size-fits-all medical devices/technologies and drugs; superficially (including cosmetically) modified bodies  | Individualized bodies; niche-marketed and individualized drugs and devices/technologies; customized, tailored, and fundamentally transformed bodies   |
| From badness to sickness; stigmatization of conditions and diseases  | Also new technoscientifically based individual and collective identities  |

Source : Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, Jennifer R. Fishman. 2003. « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine ». *American Sociological Review*, vol. 68, no 2, p. 168-169.

## 6.2 Légende noire ou rose ? La transformation du champ sémantique du terme médicalisation dans la littérature à caractère sociologique

L'objectif des précédents chapitres était d'explorer le champ sémantique mobilisé par le terme médicalisation depuis son émergence, il y a maintenant quarante ans, dans la littérature francophone et anglophone à caractère sociologique. Conrad n'a-t-il pas déjà écrit que « the key to medicalization is the definitional issue » (Conrad, 1992, p. 11) ? Aussi, il faut d'entrée de jeu se rappeler l'ambiguïté première qui marque ce terme alors qu'il représente à la fois ou alternativement un phénomène et un processus social tout autant qu'un concept de nature sociologique. Bien qu'il soit théoriquement indispensable de distinguer ces trois registres afin de saisir dans toute son amplitude la médicalisation, cet exercice de distinction n'en demeure pas moins concrètement difficile à réaliser puisque ces registres de la médicalisation sont souvent entremêlés.

C'est la réunion d'un ensemble d'événements, de faits et de ressources présentés dans les chapitres précédents et dont on ne pourrait nier l'existence – comme, par exemple, l'augmentation du nombre de médecins et de professionnels de la santé ou encore du nombre de problèmes et comportements pris en charge par ces derniers – qui, une fois regroupés, contribuent à former ce qu'on désigne par médicalisation. Aussi, si dans la littérature sociologique, la médicalisation est majoritairement présentée sous deux principales formes – soit la médicalisation comme phénomène et comme processus social – son utilisation répétée au cours des quarante dernières années lui a aussi conféré le statut de concept sociologique, en ce sens que ce terme réfère, par son seul emploi, à un ensemble de significations symboliquement organisées et reconnues. N'oublions pas, à ce titre, la définition de concept proposé par Turner pour qui les concepts sont « symbolic or abstract elements representing objects, properties, or features of objects, process or phenomenon. Concepts may communicate ideas or introduce particular perspectives, or they may be a means for casting a broad generalization » (Turner, 1989, p. 5 dans Berg, 2004, p. 16).

Bref, l'analyse du corpus nous a assurément montré que, comme tout concept, la médicalisation n'était pas à l'abri des fluctuations de sens et des mutations terminologiques puisqu'elle se doit de représenter un ensemble de phénomènes et processus sociaux circonscrits dans une époque et réalité donnée. Et si cette nature diversifiée du terme médicalisation (comme phénomène, processus et concept) lui confère très certainement une couleur propre, elle contribue aussi largement à en complexifier le travail de clarification sémantique, ce que nous avons entrepris de réaliser.



Aussi, notre volonté d'explorer le champ sémantique du terme médicalisation nous avait amenés à avancer l'hypothèse que malgré la transformation du sens que ce terme a pu subir au cours des quarante dernières années, et ses récentes mutations – biomédicalisation, néo-médicalisation, médicalisation économique – il est malgré tout généralement envisagé comme le produit de la colonisation du social par la médecine, amplifié par le différentiel de pouvoir dont bénéficie la profession médicale par rapport à la population sur laquelle elle oriente son intervention. Aussi, nous croyions que la majorité des ouvrages analysés contribueraient à perpétuer ce regard critique de la médicalisation tel que décrit dans la « légende noire » d'Olivier Faure (1998), soit ce sentiment de danger face à l'extension du domaine médical mettant l'accent sur « le caractère contraignant, policier, voire totalitaire des politiques de santé, sur les comportements dédaigneux, méprisants, voire éradicateurs des médecins à l'égard des croyances et des habitudes populaires » (Faure, 1998, p. 59).

Pourtant, Robert Nye avait déjà témoigné, en 2003, du caractère qu'il jugeait plus nuancé des interprétations du terme médicalisation dans la littérature sociologique.

« Under various terminological rubrics, medicalization has figured importantly in the history of the human sciences. [...] Current assessments of medicalization are far more nuanced, and somewhat more optimistic, than they were 35 or 40 years ago, although there are still compelling reasons for worrying about the tendency to portray social and psychosocial phenomena as medical problems. [...] In my view, despite the fact that a generally critical outlook on medicalization still prevails, a complex scholarship has emerged that is more respectful of the archival and field work of historians and social scientists and resists being forced into a rigid ideological or conceptual framework. Medicalization is no longer understood as a nefarious collaboration of experts and state authority imposed from above, but a process whereby medical and health precepts have been embodied in individuals who assume this responsibility for themselves » (Nye, 2003, p. 115-117).

Malgré cette mise en garde de Nye, notre hypothèse de départ laissait davantage présager une interprétation négative du terme médicalisation dans la littérature sociologique, hypothèse qu'il nous faut dès maintenant réfuter puisque, contrairement à nos attentes, de nombreux auteurs présentent une interprétation plus nuancée de la médicalisation que nous l'avions préalablement envisagé. Encore majoritairement critiques, les analyses sur les significations mobilisées par le terme médicalisation ont malgré tout considérablement changé au cours des quarante dernières années, étant aujourd'hui davantage orientées vers une dénonciation de la pathologisation de l'existence humaine et la création de maladies, notamment propulsée par l'industrie pharmaceutique et la demande des patients, que sur la dénonciation du contrôle social exercé par les médecins. Aussi, contrairement à leurs prédécesseurs, les auteurs contemporains ont davantage tendance à reconnaître les effets positifs de la médicalisation sur la santé des individus et des populations, et surtout la complexité de ce processus où s'entremêlent

les motivations et intérêts de nombreux acteurs. Le terme médicalisation s'est assurément transformé au cours de ses quarante ans d'existence dans la littérature sociologique.

Aussi, il nous faut préciser que quelques auteurs dont Garry (2001) et Gilioli (2008) ont, de prime abord, tenu à souligner l'attitude paradoxale de nombreux sociologues de la santé qui, tout en ayant pour objet d'analyse – parfois critique – la médicalisation, utilisent à des fins personnelles les innovations médicales pour traiter ou prévenir des maladies. « Let's keep in mind that a stance in which one critiques medicalization, but desires medicine now and then, is not an unusual kind of stance in many of our lives » écrivait d'ailleurs Garry à ce sujet (2001, p. 263). Il nous faut donc constamment garder en tête l'existence de ce décalage entre les écrits sociologiques ayant pour objet des phénomènes sociaux à grande échelle, et les comportements individuels de leurs auteurs. Ces sociologues, à titre individuel, veulent profiter de l'expertise qu'a su développer la profession médicale et y avoir recours lorsqu'ils en ont besoin ou le jugent nécessaire, pour eux et les membres de leur famille. Après tout, comme le souligne Garry, la médecine peut sauver des vies et aider à prévenir et guérir des maladies, voire même améliorer des situations jugées inconfortables. « However, we don't want human beings, either individually or as communities, to be subject to medicalized thinking and institutional practices when this kind of thinking or practice is oppressive, misguided, inappropriate, and so forth and that is a lot more of the time than many people would like to believe » (Garry, 2001, p. 263). En fait, quiconque critique ou dénonce la médicalisation du social n'est à l'abri de ce décalage entre les paroles et les actes contribuant parfois « peut-être même sans le savoir ou plutôt sans le vouloir, à nourrir ce souci particulier dans le monde contemporain occidental » (Gilioli, 2008, p. 24). Ainsi, il est particulièrement important de faire la distinction entre la médecine et la médicalisation alors que résister à la médicalisation n'implique pas automatiquement de devoir se priver des services et des soins de santé disponibles.

Outre cette mise en garde, il nous faut donc, au terme de notre analyse du champ sémantique du terme médicalisation, rejeter toute interprétation qui mettrait l'accent sur le caractère unilatéral de ce dernier. S'actualisant dans des sociétés modernes de plus en plus préoccupées par la santé de leurs populations, la médicalisation peut dans la littérature sociologique tout aussi bien être associée à une sévère critique de la pathologisation de l'existence humaine et du contrôle social – exercé au détriment de l'autonomie des populations afin d'étendre la suprématie médicale sur des sphères d'activité, des comportements ou des événements de la vie qui autrement ne pourraient relever de son autorité –, qu'à un phénomène et processus dynamique dont la trajectoire est orientée par un ensemble d'acteurs aux motivations et intérêts différents (Vuori, 1982).

### 6.2.1 D'une position critique de la médicalisation...

La littérature à caractère sociologique a su, dès le début des années 1970 et ce jusqu'à aujourd'hui, mettre à l'avant-plan une position fortement critique de la médicalisation. De l'avis même de Conrad (1992), l'expression médicalisation a d'entrée de jeu été teintée par cette vision négative, si bien que peu d'auteurs l'ont employée dans sa version neutralisée afin de décrire les nouveaux objets de la médecine. À ce titre, notons qu'encore récemment Robert Nye lui-même a été pris au piège de cette association alors que son article qui devait porter sur *l'évolution du concept de médicalisation* avait plutôt pour objet, comme l'écrit-il lui-même, *l'historique de la critique de la médicalisation* (Nye, 2003).

C'est ainsi qu'au cours de ses quarante années d'existence, le terme médicalisation a régulièrement été associé à un mécanisme social aliénant aux effets particulièrement dévastateurs pour les populations. Si une telle interprétation de la médicalisation est encore aujourd'hui véhiculée, il n'en demeure pas moins que cette vision négative de la médicalisation était surtout présente dans les premiers écrits à caractère sociologique. Ces derniers étaient principalement orientés vers la dénonciation de l'accroissement de la surveillance et de l'intervention médicale sur des conditions, comportements et événements qui, historiquement, n'étaient pas interprétés à la lumière de ce schéma biomédical (Ballard et Elston, 2005). Le sociologue québécois Marc Renaud témoigne d'ailleurs, dans un article publié en 1995, de l'émergence du terme médicalisation dans le champ de la sociologie de la santé, et surtout des opportunités nouvelles qu'il offrait aux jeunes sociologues comme lui, par son caractère avant tout dénonciateur.

Quand j'étais étudiant aux États-Unis, au début des années 1970, ce concept faisait l'objet d'interminables mais passionnantes discussions entre étudiants gradués [...]. Cette nouvelle littérature nous donnait un outil pour plaider en faveur de la « démédicalisation » d'une série de situations, comme elle nous donnait l'opportunité de nous affirmer devant des professeurs trop exclusivement préoccupés, à nos yeux, du « rôle de malade » et d'interaction patient-médecin. Plutôt qu'une sociologie de la médecine, nous voulions une véritable sociologie de la santé, certes préoccupée du malade et du médecin, mais dans le contexte d'ensemble de l'évolution de l'institution médicale et des découvertes en matière d'étiologie sociale de la maladie. [...] Cri de ralliement d'une génération de sociologues, aux États-Unis du moins, le concept de médicalisation a certes permis, grâce aux innombrables mémoires, thèses, articles et livres qu'il a généré, une meilleure compréhension de la médecine comme source d'ordre social (ou de désordre, selon le point de vue) dans les sociétés contemporaines. De ce fait, ce concept a donné une voix, souvent efficace, à ceux et celles qui voulaient transformer l'institution psychiatrique, contester les rapports des médecins avec les femmes, décriminaliser certaines situations (ex. : l'homosexualité), dénoncer l'hyper-médication et l'hyper-technologisation, ou qui voulaient explorer des alternatives à la médicalisation (que ce soit en termes de médecines douces ou en

termes d'un nouveau pouvoir pour la communauté, pour les associations de malades, etc.) (Renaud, 1995, p. 168).

La position critique de ces premiers auteurs a permis, selon Robert Nye (2003), d'opérer un revirement idéologique sans précédent. Mettant l'accent sur le caractère contraignant, voire totalitaire de la médecine, de nombreux sociologues ont qualifié les médecins d'ennemis jurés des « déviants » et « anormaux », bref d'une proportion de plus en plus grande de la population, utilisant leur savoir et leur statut d'expert pour pathologiser et exercer une surveillance médicale continue et accrue sur les individus ne répondant pas aux normes sociales en vigueur. Renee Fox, par exemple, explique dans son article *The Medicalization and Demedicalization of American Society* publié en 1977 que cette position critique envers la médicalisation dénonce non seulement la création de maladies, mais aussi l'élargissement continu du champ d'expertise de la médecine, la position impérialiste des médecins, leur préoccupation capitaliste, la stigmatisation des patients et la déshumanisation de leurs expériences personnelles. Pour les patients, cette médicalisation, sans cesse grandissante, représente un véritable danger qui ne semble pas vouloir disparaître dans le cadre d'une société de plus en plus dominée par l'expertise médicale.

En 1980, Conrad et Schneider ont publié *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, rapidement devenu l'un des ouvrages phares sur la question de la médicalisation du social. Ils y ont décrit ce qu'ils ont baptisé « the darker sides » de la médicalisation alors qu'à leur avis cette dernière entraîne de nombreuses répercussions négatives pour les populations et les communautés. Ainsi, les côtés sombres de la médicalisation comprennent : 1) le présupposé d'une neutralité morale alors que la pratique médicale repose sur des jugements de valeur et une construction sociale; 2) la domination des experts médicaux exacerbée par leur monopole sur toutes les décisions relatives à la définition des maladies, à leur diagnostic et leur traitement; 3) l'individualisation des problèmes sociaux suite à leur cristallisation dans les habitudes et comportements individuels plutôt que dans la reconnaissance des inégalités sociales; 4) la dépolitisation des comportements par l'attribution du statut de malade au détriment de solutions politiques et collectives; 5) l'intervention massive des médecins sur des corps, médium d'expression de la maladie, faisant obstacle à l'autonomie et la responsabilité individuelle; 6) et finalement, la redéfinition pathologique des comportements déviants dont le contrôle relève désormais des médecins (Conrad et Schneider, 1980; Conrad, 1992).

Cette médicalisation, en tant qu'outil de contrôle social manipulé par les médecins, fait donc craindre à plusieurs la création d'un état thérapeutique limitant les droits des individus, notamment le droit à la différence. Cette préoccupation grandissante pour la santé des populations ouvre la porte à une

régulation des conduites et des identités et une intensification des interventions médicales, notamment préventives, alors que le moindre risque ou écart normatif se doit d'être ramené sur le droit chemin dans l'espoir d'atteindre un jour cet état de santé parfaite. « At the very least, the intrusion of the medical model into more and more spheres of daily life is seen as enfeebling those virtues deemed necessary for democratic life and action: freedom of thought, independence of being and a firm sense of individual responsibility » écrivait Lowenberg et Davis (1994, p. 579).

Aussi, pour plusieurs, la médicalisation de la vie génère une dépendance exagérée, voire même inutile, à l'égard des services et des produits de la médecine et des autres professionnels de la santé, devenant pour ainsi dire le principal ennemi de la santé. Cette flexibilité des frontières entre la santé et la maladie résulte en une généralisation du pathologique qui tend à englober de plus en plus d'événements, de conditions ou de problèmes, réduisant ainsi le normal à sa plus petite expression. Plus que l'absence de maladie physique, la santé englobe désormais les questions de bien-être, de qualité de vie et de confort, devenant à la fois un droit que la société doit combler et un impératif que tous les individus doivent respecter. D'ailleurs, nombreux sont les sociologues qui critiquent cette propension de la médicalisation à infiltrer non seulement la gestion des comportements déviants et de plusieurs événements de la vie, mais aussi, de manière encore plus insidieuse, l'ensemble des habitudes de vie et des comportements, préoccupations et inquiétudes individuelles. Ainsi, la santé parfaite demeure une valeur suprême utopique, plus forte encore que ne l'étaient les préceptes religieux, faisant dire à Sanni Yaya que « l'on est en droit de se demander si la démedicalisation dont plusieurs rêvent tant est un vœu pieux, un souhait irréaliste ou tout simplement un faux problème. [...] Défendre une démedicalisation et une réappropriation sociale de la santé me paraît aussi inévitable que nécessaire » (Sanni Yaya, 2009, p. 407).

Si cette vision critique était surtout portée par les premiers sociologues intéressés par la question de la médicalisation, il n'en demeure pas moins qu'elle est toujours d'actualité dans la littérature à caractère sociologique. Sanni Yaya est l'un des porte-paroles de cette génération d'auteurs qui voient encore aujourd'hui d'un œil fortement défavorable la médicalisation du social et qui poursuivent la démarche de dénonciation entamée quelques décennies plus tôt par leurs prédécesseurs, dont Illich était assurément la tête d'affiche.

Bien sûr, on ne peut nier que de nombreuses personnes ont pu accéder à un mieux-être en raison des formidables progrès de la médecine. Mais, dans bien de cas, le mieux s'est souvent avéré être l'ennemi du bien car la santé idéale et optimale tant recherchée finit elle-même par créer une dépendance inutile à l'égard des services et des produits de la médecine. Est-ce une exagération rhétorique que de dire que la boucle semble aujourd'hui bouclée ? L'envahissement



médico-pharmaceutique, la médicalisation de l'existence et la pathologisation des difficultés de la vie semblent avoir détruit chez les individus leur capacité à assumer leur condition et à faire face, par eux-mêmes, aux événements et aux épreuves de leur existence sociobiologique. Grâce à la régulation des grands flux biologiques (natalité, épidémie, mortalité, etc.), l'émergence du biopouvoir au XIX<sup>e</sup> siècle mettra de l'avant l'impératif de la santé pour tous dont la fonction première est de contraindre les individus à s'atteler à leur santé. La médecine se définit dès lors comme une pratique sociale au moyen de sa fonction d'hygiène publique et les individus deviennent objet de surveillance, d'analyse et d'intervention. S'ensuit alors une inflation de la responsabilisation à l'intérieur de laquelle la cible principale est la préoccupation individuelle de la santé. [...] Loin de s'attaquer aux causes profondes des maux qui minent les individus, le phénomène de la médicalisation à travers son bras armé, la médecine, s'est borné à en recenser et en traquer les symptômes, offrant aux gens d'atténuer leur mal-être, de masquer leur souffrance, de les débarrasser de leur angoisse et de les préserver du pire. La montée en puissance de la médecine et l'élargissement de son champ de compétences ont favorisé l'émergence d'une conception totalitaire de la santé qui ne se résume plus seulement aux soins médicaux ou à l'institution médicale en soi. Celle-ci touche aussi l'organisation sociale, les rapports sociaux, la division du travail et les politiques publiques, faisant ainsi de la médecine, un instrument de contrôle social (Sanni Yaya, 2009, p. 407).

Cette vision d'une santé totalitaire teinte encore aujourd'hui de nombreuses publications sur la médicalisation. Encore nombreux sont les sociologues qui refusent d'aborder la médicalisation comme un événement positif pour les individus et les collectivités, comme cette victoire de la science sur l'irrationalité des sociétés prémodernes. Depuis maintenant quarante ans, la médicalisation grandissante de l'existence humaine est perçue comme une menace certaine à l'autonomie des populations qui font les frais de la recherche de pouvoir illimitée des médecins et des grandes corporations privées. Les frontières entre le normal et le pathologique s'amenuisent et la vie humaine est instrumentalisée par l'entremise de la création de maladies notamment, au profit de stratégies de marketing et de chasse gardée professionnelles. Aussi, ces sociologues ont d'autant plus de difficulté à revoir leur position foncièrement critique de la médicalisation dans un contexte où les sociétés occidentales doivent concilier avec une rationalisation de leurs dépenses en santé, particulièrement en période de crise économique. On assisterait dès lors à un gaspillage de ressources compte tenu du fait qu'elles sont mobilisées pour traiter des maladies qui n'en sont pas réellement ou en raison d'un excès de surveillance médicale visant à réduire à néant cette potentialité de maladie, menaçant ainsi la viabilité même des réseaux et services de santé (Sanni Yaya, 2009).

#### 6.2.2 ... à une vision plus nuancée de la médicalisation

Trente-cinq ans après la publication de *Némésis médicale*, il est intéressant de constater que cette position critique envers la médicalisation, si présente dans les années 1970 et 1980, est encore couramment exprimée en sociologie. Toutefois, un certain revirement idéologique semble s'être opéré,

surtout dans les deux dernières décennies, alors que de plus en plus d'auteurs contemporains reconnaissent, souvent du bout des lèvres, les bénéfices que la médicalisation a pu avoir sur le bien-être des individus et des collectivités. D'ailleurs, si la médicalisation a pu prendre une telle ampleur expliquent-ils, c'est bien parce que « ça fonctionne » (Pignarre, 2006).

Cette reconnaissance des bénéfices de la médicalisation, malgré tout souvent expéditive, est une tendance de plus en plus observée dans les écrits contemporains sur la médicalisation. Souvent dilué à travers leur publication, de plus en plus d'auteurs saisissent tout de même l'occasion, par une phrase ou un paragraphe, de souligner l'importance de la médecine dans le développement des sociétés occidentales et surtout son impact positif sur la santé des individus et des collectivités. Malgré cela, il nous faut préciser qu'aucun des ouvrages à caractère sociologique recensé n'était exclusivement ou en majorité consacré à l'analyse des bénéfices engendrés par la médicalisation. Probablement l'effet d'un biais conceptuel affectant la sociologie, la « légende rose » de la médicalisation telle que décrite par Olivier Faure (1998), c'est-à-dire cette vision positive, voire même acritique, de la médicalisation qui idéalise les médecins et les transforme en héros dotés de la plus grande vertu, n'est aucunement ressortie de nos analyses. Possiblement très présente dans les écrits d'autres disciplines telles que les sciences médicales, la reconnaissance des bénéfices de la médicalisation apparaissait plutôt par bribe, ici et là, dans les ouvrages analysés.

Mais bien que sa présence soit réduite, la reconnaissance des bénéfices de la médecine est soulignée par de plus en plus d'auteurs. Verweij, par exemple, écrivait en 1999, que de nombreuses interventions médicales se sont avérées favorables pour des patients alors que la médicalisation de leur condition ou état leur a permis de recouvrir une certaine autonomie que la maladie leur avait enlevée. Objet d'une distanciation critique mettant en avant-plan les limites de son savoir, la profession médicale est aussi à quelques reprises remerciée pour ses progrès et innovations biotechnologiques qui, à bien des égards, contribuent à sauver des vies (Zappalà, 1997; Garry, 2001; Thiel, 2006).

Sans cette vision de la médecine comme science sociale et politique, l'humanité n'aurait sans doute connu ni la Révolution sanitaire du siècle dernier ni les programmes d'hygiène publique des années 1910-1930, ni les programmes de sécurité sociale (v.g. assurance-chômage, assurance-vieillesse, assurance-maladie, etc.) instaurés depuis une cinquantaine d'années. Sans cette foi en la recherche bio-médicale dont Lewis Thomas se fait l'interprète, la médecine n'aurait pas développé les techniques physiques et bio-chimiques qui, sans toujours arriver à guérir, soulagent quand même de la douleur et de divers symptômes (Bozzini et coll., 1981, p. 13).

Au-delà de la reconnaissance des bénéfices de la médicalisation, et même si la « légende rose » ne fait pas contrepoids à la « légende noire » dans la littérature à caractère sociologique que nous avons étudiée, il nous faut noter que, contrairement à ce que nous avons anticipé, plusieurs auteurs contemporains (principalement des années 1990 et 2000) ont du mal à présenter la médicalisation comme un procédé unilatéral et entièrement négatif contrôlé par les médecins au détriment de *leurs* patients. À leur avis, la médicalisation est beaucoup plus complexe et ambiguë que ce qu'en laissaient supposer les premières analyses sociologiques. Refusant le piège de la dénonciation à outrance, ces auteurs se sont plutôt donnés pour mandat de déconstruire cette image asymétrique de la médicalisation en reconnaissant la multiplicité des enjeux et des acteurs qui y sont impliqués. Williams (2001), par exemple, a cherché à se distancer de cette attitude foncièrement négative adoptée par les premières générations d'auteurs sur la médicalisation : « The first issue I wish to raise or return to here concerns the largely negative, if not caricatured, portrayal of biomedicine itself. This, it seems, has been a more or less abiding theme of which medical sociologists, in varying degrees perhaps, have been guilty over the years » (Williams, 2001, p. 141). Rose (2007) a aussi relevé cette propension de la sociologie à mettre de l'avant une médecine aux tendances plutôt machiavéliques et totalitaires : « Medicalisation has become a cliché of critical social analysis. It implies something suspect when a problem is created or annexed, in whole or in part, by the apparatus of medicine » (2007, p. 700).

De nombreux auteurs (dont notamment Purdy, 2001; Ballard et Elston, 2005; Furedi, 2006; Conrad, 2007; et Gilioli, 2008) ont tenu à préciser l'importance, dans le contexte actuel, de nuancer les analyses sur la médicalisation, qui ont trop longtemps été orientées vers la dénonciation d'un impérialisme médical, oblitérant du même coup le rôle joué par les autres acteurs. Pour Furedi, « the strength of the medicalization thesis was its ability to draw attention to the tendency to reinterpret problems of existence as medical conditions. The weakness of the original formulations of the thesis was the association of the process of medicalization with the promotion of narrow professional interest » (Furedi, 2006, p. 14). Il est devenu impensable aujourd'hui, selon ces auteurs, de présenter la médicalisation comme un processus unidimensionnel résultant de la seule dominance de la profession médicale, ou même d'un autre acteur tel que l'industrie pharmaceutique. La médicalisation, sous sa forme actuelle, n'est pas le fruit des motivations et actions d'un seul acteur ou groupe, mais d'un ensemble de protagonistes aux intérêts divers dont les manœuvres visant à orienter la trajectoire de la médicalisation ont cours dans le cadre d'une conjoncture politique, économique et sociale spécifique aux sociétés occidentales.

Philippe Pignarre, par exemple, s'inscrit tout à fait dans ce schème interprétatif lorsqu'il affirme que bien qu'il ne puisse aborder la médicalisation « sans trembler », il lui faille désormais chercher à « apprendre à résister efficacement » (2006, p. 163). Aussi semble-t-il, dans une certaine mesure, vouloir éviter le piège de la dénonciation à outrance pour se concentrer davantage sur l'analyse et la compréhension des mécanismes de la médicalisation : « Avons-nous pris le bon chemin pour analyser ce que l'on appelle généralement la "médicalisation" des problèmes sociaux ? Ou ne faisons-nous qu'ajouter de la dénonciation à la dénonciation, dans un redoublement impuissant ? » (2006, p. 163). Si le caractère dénonciateur de la médicalisation teinte encore aujourd'hui fortement le discours de plusieurs sociologues, il n'en demeure pas moins que celui-ci se double d'une volonté certaine de nuancer les interprétations par la reconnaissance des dynamiques sociales à l'œuvre dans la médicalisation.

Le problème auquel nous avons été confrontés [...] pourrait se formuler ainsi : comment essayer de repérer les opérations de « fabrication de troubles psys » qui n'ont pas besoin d'être l'expression d'une différence biologique pour être considérés comme « réels » ? Il ne s'agit pas non plus de dénoncer la « société » qui crée ce nouveau type de situation mais, à l'inverse, de comprendre comment s'invente dans le détail ce qui va être, *in fine*, une société différente. [...] On ne répond pas au problème que nous avons tenté d'explorer en répondant « médicalisation » (et en faisant un slogan), car la médicalisation n'est pas ce qui explique, mais ce qu'il faut expliquer. C'est le « gros » problème qu'il faut justement résoudre. Pourquoi « ça médicalise » ? [...] Croire que l'on a fait avancer la réflexion en disant « médicalisation », c'est prendre le problème à résoudre pour la solution et, bien souvent, c'est supposer l'existence d'un *deus ex machina* manipulant le corps social et fonctionnant à l'idéologie. Ce n'est pas cette démarche que nous avons voulu suivre [...] (Pignarre, 2006, p. 163-165).

Par ailleurs, la transformation du rôle des patients est vue par nombre d'auteurs comme un élément clé de l'analyse de la médicalisation dans le contexte actuel (Broom et Woodward, 1996; Ballard et Elston, 2005; Conrad, 2007; Metzl et Herzog, 2007). S'ils refusent de faire porter tout le fardeau et le blâme de la médicalisation aux médecins, c'est qu'ils considèrent que les patients y jouent un rôle beaucoup plus actif que les sociologues ne l'avaient laissé entrevoir dans les premiers écrits sur la médicalisation, délaissant ainsi l'image du patient passif soumis aux décisions du corps médical. Partenaires dans le choix des soins et consommateurs de produits et services de santé, les patients détiennent ainsi une part importante du pouvoir dans la prise des décisions entourant leur propre médicalisation. Certains vont même jusqu'à revendiquer la médicalisation des événements de leur vie, de leurs conditions ou de leurs comportements, alors que, ne l'oublions pas, la médicalisation peut être préalable à l'obtention de nombreux avantages sociaux dans la majorité des pays occidentaux, voire même aussi à la réduction de la stigmatisation et l'exclusion associées à des comportements déviants (Broom et Woodward, 1996). La vision d'une population soumise à une communauté médicale

d'autant plus forte qu'elle est la seule à posséder l'autonomie nécessaire à la définition, au diagnostic et au traitement des réalités pathologiques a ainsi été fortement contestée au cours des dernières années (Ballard et Elston, 2005).

N'oublions pas que Catherine Risseman a été, à ce titre, précurseure alors que, dès 1983, elle a rejeté la thèse de l'impérialisme médical comme principale cause de la médicalisation des femmes, soutenant au contraire l'idée d'une participation active des femmes, surtout bourgeoises, dans la redéfinition de leurs expériences en regard aux normes de santé et de maladie. Autant les femmes que les professionnels de la santé ont su tirer profit, bien que parfois de manière inégale, de cette reconfiguration pathologique des expériences de vie des femmes, argumentait Risseman.

« Yet it is far too simple to portray the encroachment of medicine as a conspiracy – by male doctors and the “medical industrial complex” – to subordinate women further. Although some have argued that medicine is the scientific equivalent of earlier customs like marriage laws and kinship rituals that controlled women by controlling their sexuality, such an analysis is incomplete. As I have stressed, medicalization is more than what doctors do, although it may be through doctors that the interests of other groups are often realized. Nor does a conspiracy theory explain why, for the most part, women from certain class groups have been willing collaborators in the medicalization process. Rather than dismissing these women as “duped”, I have suggested some of the complex motives that have caused certain classes of women to participate with physicians in the redefinition of particular experiences » (Riessman, 1983, p. 17).

Aussi, de nombreux auteurs contemporains reconnaissent que la transformation du contexte socioéconomique a joué un rôle important dans la complexification du processus, phénomène et concept de médicalisation. La démocratisation de l'accès au savoir médical, la transformation des enjeux économiques dans le secteur de la santé, et le développement des technosciences et du génie génétique ne sont que quelques exemples d'éléments contextuels venus transformer radicalement les mécanismes de la médicalisation et le rôle de chacun des acteurs qui y sont impliqués (Conrad, 2005, 2007). Le secteur pharmaceutique, par exemple, est de plus en plus souvent identifié comme l'un des principaux acteurs, sinon le principal acteur, de la médicalisation du social, en remplacement de la profession médicale dont le lien de confiance avec la population et les décideurs semble avoir été lourdement altéré dans les dernières décennies. Mais pour plusieurs sociologues, il est tout à fait injustifié de calquer l'asymétrie qui caractérisait la relation médecin-patient dans les premières analyses de la médicalisation à celle qui unit les compagnies pharmaceutiques aux autres acteurs de la médicalisation que sont principalement les médecins, les patients et la population dans son ensemble, et les institutions privées et publiques impliquées dans la gestion du système de santé (Metzl et Herzing, 2007; Rose, 2007). Bref, on serait passé, pour reprendre l'expression de Bourdelais et Faure



(2005), d'une médicalisation-conquête à une médicalisation-négociée. Il est donc aujourd'hui d'autant plus important d'analyser et de comprendre l'ensemble des mécanismes, enjeux et acteurs impliqués dans la médicalisation de l'existence humaine, au risque sinon de n'éclairer qu'une seule dimension de cette réalité pourtant si complexe.

« Many contemporary critics position pharmaceutical companies in the space once held by doctors as the supposed catalysts of social transformation. Titles such as *The making of a disease* or *Sex, drugs, and marketing* critique the pharmaceutical industry for shunting everyday problems into the domain of professional biomedicine. [...] The same drugs that treat deviances from societal norms also help many people live their lives [...]. What is medicalisation? What are its causes and effects? Who benefits from medicalisation, and who is harmed? What, if anything, should be done about it? Answers to these questions would have seemed quite obvious in the 1970s, when the term entered academic and medical publications: medicalisation, the expansion of medical authority into the domains of everyday existence, was promoted by doctors and was therefore a force to be rejected in the name of specific kinds of liberation. [...] 30 years on, the definition of medicalisation is more complicated [...] » (Metzl, Herzing, 2007, p. 697).

Panese et Barras (2009) sont certainement parmi les auteurs contemporains ayant le plus insisté sur la nécessité de prendre en compte la complexité de la médicalisation et de resituer cette dernière dans le cadre du contexte socioéconomique, politique et culturel actuel. D'entrée de jeu, ils affirment que « tout en reconnaissant la pertinence des repérages et des prévisions de la tradition critique d'inspiration illichienne [...], force est de constater que la référence parfois obsessionnelle à ces thèses radicales rend l'usage de la notion de médicalisation délicat, et ce, pour différentes raisons complémentaires » (Panese et Barras, 2009, p. 38). En identifiant quatre raisons pour lesquelles ils jugent important de remettre en perspective l'utilisation d'un terme comme celui de médicalisation, ces auteurs cherchent à mettre de l'avant le caractère multidimensionnel de la médicalisation, souvent occulté dans les analyses de leurs prédécesseurs. Aussi, l'originalité de leur analyse ne repose pas tant sur la nouveauté des arguments présentés, puisque ces arguments ont déjà été évoqués par plusieurs autres auteurs dont les propos ont été relevés dans les chapitres précédents, mais plutôt sur l'excellente synthèse qu'ils en font.

La première raison pour laquelle Panese et Barras rejettent l'utilisation de thèses radicales dans l'interprétation du terme médicalisation est d'ordre épistémologique. Sous des apparences de consensus, la médicalisation « renvoie à des signifiés et à des contextes très divers, souvent de manière enchevêtrée et ambivalente » (Panese et Barras, 2009, p. 38). Cette ambiguïté sémantique fait de la médicalisation un concept-valise qui ne cesse d'accueillir de nouvelles significations (Furedi, 2006). Si bien que seulement quatre décennies après avoir intégré la littérature sociologique et étant plus utilisé

que jamais, il vaut mieux se garder de prendre pour acquis l'existence d'une position unilatérale partagée entre les nombreux auteurs qui ont fait usage du terme médicalisation.

D'autre part, soulignent Panese et Barras, le terme médicalisation nécessite une mise en perspective pour des raisons d'ordre sociohistorique alors que le champ médical a été largement transformé, au cours des dernières décennies, par une dynamique d'hybridation qui lui a permis d'incorporer de plus en plus de dimensions non médicales sous sa juridiction. « Qu'il s'agisse de la qualification des acteurs, de la production et de l'usage des concepts, des modalités pratiques d'exercice de la médecine, ou encore des modes d'intervention sur la scène sociosanitaire » (Panese et Barras, 2009, p. 39), d'importants enjeux sociaux, éthiques, financiers et politiques sont graduellement venus se fixer aux considérations du secteur médical. Il s'en trouve que les orientations, mandats et dispositifs techniques du corps médical ont été transformés à jamais, d'autant plus que les médecins ne sont plus – ou n'ont jamais été – les seuls décideurs impliqués dans le processus de médicalisation, devant impérativement partager la scène avec plusieurs autres groupes d'acteurs aux motivations et intérêts variés.

Sur un plan davantage d'ordre politique, Panese et Barras soulignent à quel point le terme médicalisation renvoie à un large spectre de significations, empêchant du même souffle d'en dégager une vision monolithique à travers de laquelle les conséquences de la médicalisation seraient préjudiciables pour les individus et les populations. La vision critique de la médicalisation, comme celle proposée par Illich et ses nombreux successeurs, a fait « de la médicalisation un concept essentiellement négatif [...] et qui se déroulerait le plus souvent au détriment des gens, de la liberté des malades en puissance ou des patients ordinaires que nous sommes tous. Ainsi, la médicalisation serait le mécanisme révélant le caractère suspect de la "médecine moderne" depuis le développement de la méthode clinique » (Panese et Barras, 2009, p. 39). Cette sombre vision de la médicalisation doit désormais faire place à une perspective davantage nuancée afin de refléter le contexte actuel dans lequel s'inscrit la médicalisation.

Finalement, sur le plan ontologique, Panese et Barras, inspirés par Rose (2007), soulignent le caractère différencié des acteurs impliqués dans l'orientation de la trajectoire de la médicalisation (voir aussi Williams, 2001). Motivés par des intérêts et des réalités quotidiennes différentes, ces groupes d'acteurs se déclinent en de multiples sous-groupes dont l'existence – même au sein du corps médical par exemple – fait en sorte qu'il soit impossible d'utiliser la dichotomie « nous/eux » comme objet et responsable de la médicalisation. Les patients, les médecins, les compagnies pharmaceutiques ou encore les États ne forment pas des ensembles uniformes de protagonistes partageant au sein de leur

groupe une seule et même vision de la médicalisation. Au contraire, leur interprétation d'un tel phénomène peut diverger considérablement selon le contexte dans lequel elle s'inscrit, les intérêts exprimés par ces acteurs, leur trajectoire personnelle, etc. Mais plus encore : l'analyse de la médicalisation doit aller au-delà des simples questions sur le champ de compétence des médecins ou le choix d'un traitement par exemple, puisque la médecine repose au fondement même de l'existence individuelle et des modes opératoires des sociétés occidentales modernes.

La médecine [...] aurait fait de nous ce que nous sommes : les pratiques de la médecine ont modifié (et continuent de modifier) la forme de vie même que constitue l'individu contemporain [...] en outre, la médecine est inextricablement liée aux modalités par lesquelles nous faisons l'expérience de notre monde et grâce auxquelles nous lui donnons un sens [...] En ces divers sens, la médecine a fait plus que simplement définir, diagnostiquer et traiter la maladie : « Medicine has helped make us the kinds of living creatures that we have become at the start of the 21st century. [...] Medicine [...] makes us what we are by reshaping the relations of meaning through which we experience our worlds. [...] Medicine has helped make us thoroughly artificial (Rose, 2007) » (Panese et Barras, 2009, p. 40).

Ainsi, selon plusieurs auteurs contemporains, dont Rose (2007), Gilioli (2008), et Panese et Barras (2009), une profonde remise en perspective de la médicalisation, et des significations et usages que ce terme mobilise, s'impose dorénavant dans les analyses sociologiques. Il est impératif de chercher à échapper à toute interprétation dichotomique de la médicalisation, que cette dernière soit entrevue comme une réalité diabolique au service des intérêts d'un groupe spécifique (les médecins, les compagnies pharmaceutiques, les patients, etc.) ou comme une solution idéale permettant d'assurer le plein développement des individus et des sociétés. On ne peut et ne doit pas envisager la médicalisation comme résultant d'un mouvement de haut en bas (« *top/down* » – *médecins versus patients, compagnie pharmaceutique versus médecins, etc.*), ni de bas en haut (« *bottom/up* » – *patients versus médecins*), mais plutôt comme le fruit d'un mouvement circulaire (« *sideways/inside-out process* ») dans lequel le pouvoir est partagé entre les différents acteurs impliqués (Conrad, 2006). Ainsi, pour Panese et Barras, il importe désormais de chercher à éviter une analyse dichotomique partagée entre, d'une part, une médecine ou une industrie pharmaceutique colonisatrice, aliénante et inflexible, où le malade se voit disqualifié comme sujet compétent au profit d'une institution médicale ou pharmaceutique pure et objective, et, d'autre part, un patient contemporain complice de la colonisation de son corps, voire de son existence tout entière, capable de faire des choix parfaitement éclairés dans une logique d'autodétermination. Pour ces auteurs, « éviter le double écueil de l'angélisme "iatrophile" ou, au contraire, le cliché "iatrophobe", c'est éviter de dénoncer en soi une extension supposée implacable de la médecine au-delà de limites dont on peine à fixer les repères

initiaux qui correspondraient à un état "prémédicalisé" de l'individu et du collectif » (Panese et Barras, 2009, p. 41).

La médicalisation doit devenir le point de départ des analyses et non leur conclusion afin de mieux en comprendre les mécanismes, les conditions de possibilités, les effets et les enjeux, notamment en regard aux motivations et intérêts des différents acteurs impliqués et à la transformation permanente du contexte sociopolitique, scientifique, économique et culturel qui en influencent inévitablement la trajectoire (Fassin, 1998; Verweij, 1999, Pignarre, 2006; Rose, 2007). Pour de nombreux auteurs contemporains ayant cherché à remettre en perspective la médicalisation, cette dernière ne constitue aucunement une réponse simpliste à la dénonciation des pratiques de la profession médicale. Les travaux contemporains exigent désormais de déplacer la cible des analyses de la médicalisation puisque ce dernier ne peut, comme tout processus, phénomène et concept, échapper aux nombreux rapports de force qui subsistent dans les sociétés occidentales et faire fi des espaces de négociations dans lesquels évoluent les acteurs pluriels de la médicalisation (Panese et Barras, 2009).

Il nous faut donc donner raison à Robert Nye (2003) qui, contrairement à notre hypothèse de départ, témoigne du fait que cette vision d'une position asymétrique et négative, façonnée par les motivations de la profession médicale, tend aujourd'hui, et de plus en plus, à faire place à une perspective beaucoup plus nuancée du processus, phénomène et concept de médicalisation et de ses mécanismes. Le tableau suivant présente la synthèse des différentes thématiques mobilisées par le terme médicalisation dans la littérature à caractère sociologique au cours de ses quatre décennies d'existence, démontrant ainsi toutes les variations sémantiques qu'une telle expression peut susciter. Si les sociologues ont longtemps misé sur le rôle et la participation des médecins dans l'orientation des divers mécanismes de la médicalisation, on ne peut que, à l'instar des auteurs contemporains, rendre compte de la nécessité, pour la recherche sociologique, de mettre de l'avant la complexité de ce processus, phénomène et concept dont l'évolution est fortement ancrée dans les transformations sociales, politiques et économiques qui le sous-tendent et les motivations et intérêts de nombreux acteurs et groupes sociaux.

**Tableau 6.2**  
Récurrence des thématiques associées au terme médicalisation  
dans la littérature sociologique

|   | Décennies 1970 et 1980 | Décennies 1990 et 2000 |
|---|------------------------|------------------------|
| <b>MÉCANISMES</b>   |                        |                        |
| Expansion du domaine médical                                  | +                      | +                      |
| Extension du champ de compétence de la médecine               | +++                    | +++                    |
| Pathologisation du social                                     | +                      | +++                    |
| Création de maladies  | +                      | +++                    |
| Médicalisation comme outil de contrôle social                 | +++                    | ++                     |
| <b>ACTEURS</b>  |                        |                        |
| Impérialisme médical  | +++                    | +                      |
| Rôle des patients   | +                      | +++                    |
| Rôle des institutions publiques et assureurs privés           | +                      | +                      |
| Rôle de l'industrie pharmaceutique                            | +                      | +++                    |
| Impérialisme sociologique                                     | +                      | —                      |
| Rôle des médecines alternatives                               | +                      | —                      |
| <b>TRANSFORMATIONS CONTEXTUELLES</b>                          |                        |                        |
| Démocratisation de l'information médicale                     | +                      | +++                    |
| Développements et innovations biotechnologiques et génétiques | +                      | +++                    |
| Complexe pharmaco-industriel/Marketing                        | +                      | +++                    |

Légende :

Thématiques *aucunement* (—), *rarement* (+), *occasionnellement* (++), *régulièrement* (+++) abordées dans les écrits à caractère sociologique sur la médicalisation.

En 2008, Gilioli précisait, dans un article intitulé *La médicalisation de la vie*, sa démarche d'analyse alors qu'il cherchait à expliciter les significations sous-entendues par le terme médicalisation, exercice qui, jugeait-il, était essentiel à une meilleure compréhension du terme médicalisation. Ainsi, comme de nombreux collègues sociologues, il souhaitait



[...] non pas [de] procéder à une quelconque forme de dénonciation mais d'essayer de repérer la manière dont ce phénomène se déploie pour mieux le décrire, une de ses caractéristiques étant justement de ne jamais apparaître en tant que tel. D'un certain point de vue, il se fond dans l'invisibilité du quotidien de l'existence humaine, tout se passant comme s'il était consubstantiel de la vie même. Autrement dit, il faut ici procéder à une forme de déconstruction du phénomène pour pouvoir le mettre à jour tout en se souvenant que tout effet de dévoilement génère presque immédiatement un effet de dénonciation dont on accepte après tout le risque (Gilioli, 2008, p. 24).

Le constat fut le même pour Aïach (2009) qui regrettait que la médicalisation soit si souvent associée à des problématiques de santé ou des clientèles particulières, et si rarement analysée dans une perspective globale permettant davantage de saisir toute la complexité des mécanismes sociaux qui en orientent inévitablement la trajectoire et la force. « Pourquoi cette quasi-cécité sur une question qui paraît tellement importante en raison de ce qu'elle révèle sur notre société et sur son devenir ? » (Aïach, 2009, p. 83). Empruntant à ces auteurs leur démarche et réflexion, nous avons souhaité à notre tour déconstruire le champ sémantique associé au terme médicalisation afin de mieux en apprécier le caractère flexible et multidimensionnel. Les décennies ont passé et le terme médicalisation est aujourd'hui plus que jamais utilisé dans la littérature sociologique. Et pourtant, notre analyse du corpus a su démontrer le caractère fortement versatile de ce concept, processus et phénomène.

Objet de diverses mutations terminologiques dans les dernières années, il n'en demeure pas moins que la très grande majorité des auteurs consultés ont préféré et préfèrent encore aujourd'hui employer le terme médicalisation. Toutefois, ce quasi-consensus terminologique ne garantit pas, au contraire, une uniformité sémantique alors que, comme nous avons été à même de le constater, la médicalisation ne revêt pas la même signification d'un auteur à l'autre, ni d'une génération d'auteurs à une autre. Aussi, on ne peut passer sous silence les nombreux chassés-croisés sémantiques qui la caractérise alors que, si de façon générale certaines thématiques ont connu des récurrences plus fortes à certaines décennies – comme le montre le tableau précédent – certains auteurs ont échappé aux tendances en proposant une conception différente de la médicalisation ou en ramenant à la surface des significations héritées du passé. Aussi, après avoir exploré et décortiqué le champ sémantique du terme médicalisation, il nous faut maintenant mettre au jour ses racines intellectuelles afin de mieux saisir les cadres sociologiques qui en sous-tendent les diverses interprétations, sans quoi notre exercice de clarification sémantique ne pourrait être complet.

## CHAPITRE VII

### LES RACINES INTELLECTUELLES DE LA MÉDICALISATION

Si avant la Seconde Guerre mondiale peu de sociologues ont témoigné d'un intérêt majeur pour les enjeux de santé, ne s'en tenant pour la plupart qu'à l'analyse « des corrélations entre des variables sociales et des variables biologiques, en se basant uniquement sur ce que les médecins en disaient » (Renaud, 1985, p. 283), la sociologie médicale a connu un développement rapide dès la fin du conflit. Depuis, la sociologie est constamment traversée par différents paradigmes la rendant peu apte à présenter une vision homogène des questions de santé et de maladie. Or, cette diversité des approches théoriques n'est-elle pas en revanche un avantage caractéristique des sciences sociales qui, dans leur compréhension de l'action sociale, les empêchent de dépeindre les individus et les collectivités comme les figures d'une nature morte (Gerhardt, 1989) ?

Notre exercice de clarification du champ sémantique de la médicalisation nous a jusqu'à présent permis d'identifier les multiples significations associées à ce terme et les transformations qu'elles ont subies depuis son émergence dans le vocabulaire sociologique, il y a maintenant quarante ans. Aussi, il nous offre désormais l'occasion de mettre en lumière différents cadres sociologiques qui investissent le champ sémantique du terme médicalisation qui, rappelons-le, peut prendre simultanément ou alternativement la forme d'un processus, d'un phénomène et d'un concept. L'analyse de notre corpus nous a ainsi permis de faire émerger les racines intellectuelles sous-jacentes à l'interprétation du terme médicalisation dans la littérature à caractère sociologique et de repérer différents schémas interprétatifs mobilisés par ce dernier, qui seront présentés dans ce chapitre.

Nous avons globalement regroupé ces différentes perspectives théoriques en deux principaux axes d'interprétation sociologique. Un premier axe met davantage l'accent sur l'analyse des processus sociaux et des mécanismes de domination à l'œuvre dans la médicalisation du social. Il permet ainsi de saisir la médicalisation d'abord et avant tout à travers l'étude des structures, des normes et des dispositifs de contrôle mis en place par les sociétés, bref de l'envisager comme un phénomène collectif modelé à partir des composantes du social. Aussi, cet axe d'analyse regroupe trois principaux univers

théoriques. Il fait appel dans un premier temps à un discours d'inspiration constructiviste, où la médicalisation est entrevue par plusieurs auteurs comme le résultat d'un processus constant et subjectif de (re)définition des frontières du normal et du pathologique influencé par les dynamiques et normes sociales en vigueur. Si la manifestation d'une maladie est, pour la plupart du temps, physiologique, la reconnaissance de ce qui constitue ou non une maladie résulte quant à elle davantage de l'influence des conventions sociales et des relations de pouvoir à l'œuvre que d'un simple processus biologique. C'est donc dire que, pour plusieurs auteurs qui s'inspirent de cette perspective théorique, la maladie n'est pas une réalité purement objective que les médecins sont chargés de découvrir, mais le produit de mécanismes subjectifs de reconfiguration pathologique.

Ce premier axe d'analyse fait également appel, dans un deuxième temps, à des propositions théoriques d'inspiration marxiste puisque plusieurs auteurs associent le processus, phénomène et concept de médicalisation à des mécanismes d'expropriation du sujet et de marchandisation de la santé et de la maladie. Ainsi, la médicalisation et la reconfiguration pathologique de conditions, événements et préoccupations inhérentes à l'existence humaine résultent, à leur avis, d'une production industrielle excessive entraînant par le fait même de sérieuses conséquences iatrogéniques, telles que l'incapacité des individus et des collectivités de prendre soin, de façon autonome, de leur propre santé.

Finalement, cet axe d'analyse mobilise également des propositions théoriques d'inspiration foucauldienne en mettant à l'avant-plan notamment les notions de pouvoir, de normalisation et de disciplinarisation des corps. Plusieurs auteurs sollicitent ainsi des éléments fondamentaux de la pensée de Foucault en associant la médicalisation à des mécanismes de surveillance, d'assujettissement et de contrôle, de même qu'à un imposant « régime de vérité » qui ne laisserait plus aucun espace ou sujet tabous.

Mais si plusieurs générations d'auteurs ont interprété la médicalisation à travers les processus sociaux et les mécanismes de domination à l'œuvre, d'autres ont pour leur part cherché à accorder une plus grande place aux acteurs individuels dans l'analyse des composantes et de l'orientation de ce processus et phénomène social d'importance. Sans nier la présence d'imposants dispositifs de pouvoir, de structures et de normes sociales, plusieurs auteurs ont jugé nécessaire de mettre en lumière dans leurs analyses des mécanismes de la médicalisation et de leurs transformations, les comportements, intérêts, motivations et interactions des acteurs. Ainsi, ce deuxième axe d'analyse permet d'envisager la médicalisation surtout à travers l'étude de l'action individuelle et des interactions sociales.

Ce deuxième axe d'analyse nous a également permis de repérer dans les écrits sur la médicalisation l'influence de trois principaux univers théoriques. Il fait appel, dans un premier temps, à un discours d'inspiration interactionniste alors que la médicalisation, notamment par l'établissement d'un diagnostic et la sélection d'un traitement, implique un processus d'interprétation et de création de sens dans lequel les individus sont souvent fortement engagés. La définition et l'expérience de la maladie sont influencées par le déroulement des interactions sociales et la subjectivité de l'acteur, rejetant ainsi toute conception déterministe de la médicalisation du social.

Aussi, les analyses du terme médicalisation peuvent être mises en relation avec des propositions théoriques inspirées de l'individualisme méthodologique. Cette perspective entrevoit tous les processus et phénomènes sociaux, tels que la médicalisation, comme étant notamment le résultat des motivations, intérêts et actions des individus qui y prennent part. La rationalité de l'acteur et sa capacité à agir stratégiquement pour répondre à ses besoins empêchent ainsi de concevoir l'extension de la médicalisation comme le seul résultat de l'action hégémonique de quelques acteurs collectifs, tels que la profession médicale et l'industrie pharmaceutique.

Finalement, ce deuxième axe d'analyse, qui accorde une place importante aux acteurs et interactions dans l'analyse de la médicalisation, fait également appel aux propositions théoriques développées par Giddens et Beck dans leurs travaux respectifs. Malgré des distinctions conceptuelles importantes et des objets théoriques différents, tous deux ont souligné l'obligation pour les individus d'être « maître d'eux-mêmes » dans les sociétés contemporaines. Cette injonction engendre inévitablement une réflexivité accrue, un désir d'unicité et une volonté d'améliorer les performances individuelles – des mécanismes de construction de soi auxquels la médicalisation peut certes contribuer.

Ce chapitre sera l'occasion de présenter ces six univers théoriques qui ont inspiré au fil des ans les auteurs de notre corpus et leur ont servi de cadres de référence pour interpréter les mécanismes et composantes de la médicalisation du social. Par ailleurs, avant de poursuivre avec la présentation de ces différents univers théoriques, il nous faut d'abord faire quelques mises en garde.

La catégorisation de propositions théoriques est en soi un exercice périlleux. Les frontières qui séparent les différents cadres théoriques en sciences sociales sont loin d'être étanches et leur découpage ou regroupement peut soulever bien des critiques légitimes. La recherche des propositions théoriques mobilisées par le terme médicalisation, tel que nous proposons de le faire dans ce chapitre, se veut donc être d'abord et avant tout un premier tour d'horizon des racines intellectuelles qui lui sont



sous-jacentes. C'est donc dire que ce chapitre donnera un aperçu général des grandes orientations théoriques qui ont influencé au fil des ans, et à des degrés divers, les auteurs de notre corpus.

Il faut donc envisager avec circonspection les catégorisations proposées puisque aucun des six univers théoriques que nous avons explorés n'est à l'abri d'un brouillage disciplinaire et d'usages diversifiés. Les propositions théoriques et leurs applications empiriques peuvent souvent emprunter une trajectoire inattendue, si bien que Marx lui-même disait à la fin de sa vie qu'il n'était pas marxiste (Nicolaïevski, 1997, p. 425 dans Otero, 2006b, p. 11). Ce foisonnement des lectures possibles rend certainement la tâche plus complexe à quiconque souhaite appréhender la vie sociale à travers leur « lunette ». Cette fertilité interprétative ne nous a toutefois pas empêché de souhaiter repérer des notions clés associées à ces univers théoriques puisqu'ils ont tous su mettre en perspective différentes caractéristiques et modes opératoires de la vie sociale qui reposent au cœur même du processus, phénomène et concept de médicalisation.

Conséquemment, il nous faut aussi d'emblée reconnaître que nous avons fait un usage partiel des cadres théoriques recensés. Chacune des six perspectives théoriques qui seront développées dans ce chapitre représente en elle-même un univers particulièrement complexe où les subtilités sont nombreuses et souvent fondamentales. Nous aurions certes pu choisir d'analyser le champ sémantique du terme médicalisation en regard à une seule de ces perspectives théoriques, avec pour avantage une compréhension plus fine de ses ramifications et composantes sociologiques. Néanmoins, nous avons préféré faire appel à un plus grand nombre de cadres interprétatifs afin, d'abord et avant tout, de montrer la diversité des fondements théoriques qui ont influencé les analyses du terme médicalisation. Si ce choix méthodologique nous impose des limites importantes et restreint notre capacité d'explorer les multiples facettes et possibilités que nous offrent ces six univers d'inspiration théorique, il nous offre cependant l'occasion de mettre en lumière le caractère pluriel et différencié des racines intellectuelles de la médicalisation.

De plus, cette recherche des cadres sociologiques investis par le champ sémantique du terme médicalisation nous a permis de repérer des fondements théoriques concomitants chez plusieurs auteurs dont les ouvrages ont constitué notre corpus. Il va sans dire que tous les auteurs dont les ouvrages sur la médicalisation ont été analysés ne sont pas les représentants d'une seule et unique perspective alors que certains d'entre eux ont même exprimé plusieurs orientations théoriques au cours de leur parcours intellectuel. Il est important de rappeler que cet exercice visait donc davantage à mettre en lumière la diversité des cadres conceptuels mis de l'avant dans les analyses de la



médicalisation, plutôt que la catégorisation de chacun des auteurs consultés selon son/ses approche(s) d'inspiration théorique(s).

Aussi, si la pensée de chacun des auteurs de notre corpus est inévitablement orientée par un ou plusieurs courants ou cadres sociologiques, tous ne prennent pas toujours le temps d'explicitier leurs référents théoriques. À la lecture de notre corpus, nous avons d'emblée remarqué qu'il était somme toute assez rare que des auteurs exposent les fondements sociologiques qui ont su influencer leur interprétation du processus, phénomène et concept de la médicalisation. Conséquemment, même si certains ont explicitement mentionné leur attachement à certaines approches – d'inspiration constructiviste par exemple ou encore foucaldienne –, nous avons dû dans la majorité des cas faire ressortir nous-mêmes les cadres théoriques et racines intellectuelles sous-jacentes à notre corpus.

Ainsi, le repérage de plusieurs des univers théoriques présentés dans ce chapitre, et l'exposition de leur influence sur les schémas interprétatifs du terme médicalisation, est le fruit de notre propre catégorisation. Il va sans dire que nous avons utilisé, lorsque possible, la matière extraite de notre corpus pour identifier et comprendre les fondements de ces divers cadres théoriques. Par exemple, nous avons repris des éléments de la pensée de Conrad et Schneider lorsque ces derniers consacrent un chapitre complet de leur ouvrage *Deviance and Medicalization* (1980) à la présentation de leur cadre théorique d'inspiration constructiviste. Néanmoins, le fait que les référents théoriques de nombreux auteurs ne soient pas aussi clairement identifiés et décrits nous a amenés à devoir faire appel à quelques reprises aux écrits des théoriciens eux-mêmes (tels que Foucault, Beck et Giddens) ou à d'autres sociologues (dont Gerhardt, Lallement, De Quieroz et Ziotkowski) pour être à même de rendre compte de la présence sous-jacente de ces univers d'inspiration théorique. Cette démarche fut sans contredit nécessaire pour enrichir notre propre compréhension de ces divers cadres sociologiques et nous permettre par la suite d'en déceler la présence dans les analyses des différents processus, mécanismes et enjeux mobilisés par le terme médicalisation. La recension des racines intellectuelles sous-jacentes aux interprétations du terme médicalisation s'appuie donc sur une variété de sources documentaires pour pallier au fait que de nombreux auteurs de notre corpus n'ont su d'eux-mêmes expliciter leurs référents théoriques.

### 7.1 La perspective structuro-fonctionnaliste ou la maladie comme conduite sociale

Avant de présenter notre synthèse des racines intellectuelles du terme médicalisation et des six principaux univers théoriques qui les composent, nous avons cru important de se rappeler brièvement la pensée structuro-fonctionnaliste développée par Parsons au milieu du vingtième siècle. Précurseur des analyses sociologiques sur la santé et la maladie, les théories de Parsons sont avec le temps devenues des incontournables, étant au fondement même du champ de la sociologie médicale. Même si au début des années 1970, lors de l'émergence du terme médicalisation dans la littérature sociologique, le structuro-fonctionnalisme avait déjà été délaissé au profit de nouvelles perspectives théoriques – d'ailleurs très peu d'auteurs consultés ont fait référence au structuro-fonctionnalisme ou à l'approche parsonnienne dans leurs analyses sur la médicalisation – il n'en demeure pas moins que ce paradigme demeure inévitable pour quiconque cherche à saisir les racines intellectuelles de la médicalisation.

À la lumière des théories de Parsons, la sociologie médicale s'est rapidement et principalement engagée, à la fin de la Seconde Guerre mondiale, sur la voie de la sociologie des déviations en faisant de la maladie une conduite sociale menaçant l'ordre établi. Parsons avait ce souci de forger un cadre analytique intégrateur alors que « tout comme la chaleur d'une pièce est régulée grâce à un appareil thermostatique, le social peut en effet être conçu comme un système de boucles de rétroaction liant et régulant variables de sortie et variables d'entrée » (Lallement, 1993, p. 87). Fasciné par la fragilité de l'ordre social, Parsons cherche à comprendre comment cet ordre, si fondamental pour le développement de toute société, arrive à se maintenir alors que les communautés et leur environnement changent, s'adaptent et évoluent constamment (Gerhardt, 1989).

Il a cru pouvoir y répondre à travers la question de l'action sociale, entrevue à la fois comme la réponse individuelle à une situation donnée et un système d'échange entre les individus constamment obligés de valider entre eux la signification de leur action. Si l'action est une construction intentionnelle posée par un acteur doté d'une capacité réflexive et de ressources, il n'en demeure pas moins que ses choix individuels demeurent inscrits dans un réseau de normes et de valeurs communes, autant d'éléments contraignants pour l'action individuelle. Plaçant au cœur de sa théorie les principes d'adaptation et d'intégration sociale, toute action implique pour Parsons à la fois des attentes réciproques entre les acteurs et des obligations à respecter les exigences du système. Ce contrôle normatif, que les individus intègrent comme une deuxième nature par l'entremise de l'éducation et de la socialisation, est essentiel au fonctionnement de tout système social moderne, sans toutefois qu'il anéantisse complètement le désir et la capacité des individus de transformer leur environnement social. Dissociée d'une forme objective et totalitaire de contrainte, l'intériorisation des normes sociales

constitue, au contraire, une profonde source de motivation pour les individus à accomplir la norme, faisant ainsi coïncider leurs motivations et intérêts avec les exigences fonctionnelles du système.

C'est donc cet échange constant entre l'intention et l'engagement des individus, et un certain degré de contrôle social qui permet la reproduction du système sur le plan culturel (significations), social (intégration), économique (répartition) et politique (légitimation). Un déséquilibre dans ces échanges peut mener à l'aliénation ou la rébellion des individus. Aussi, si les déviances qui en surgissent peuvent faire jaillir l'innovation et l'adaptation – une puissance destructive et créatrice – elles peuvent aussi mettre en péril l'ordre social déjà si fragile. S'inspirant de la capacité du corps humain de s'autoréguler, Parsons a surtout mis l'accent non pas tant sur la contribution de chaque acteur à la survie du groupe, mais à sa signification en regard au fonctionnement et au maintien du système social. Les parcours individuels et les processus collectifs sont ainsi modelés, simultanément, comme les deux faces d'une même médaille, bien que dans la théorie structuro-fonctionnaliste de Parsons, le social ait préséance dans le processus de constitution des individus.

Aussi, parce que des déséquilibres peuvent survenir entre les individus et les systèmes sociaux, les sociétés ont, de tout temps, cherché à institutionnaliser des pratiques thérapeutiques – de nature religieuse, occulte ou médicale notamment –, pour faire face aux péchés, à la rébellion, à l'aliénation ou encore à la maladie (O'Neil, 1986). Le parcours théorique de Parsons l'a donc amené à s'intéresser, d'un point de vue structuro-fonctionnaliste, aux significations et conséquences de la maladie sur les trajectoires individuelles et collectives. Ainsi, aux yeux de Parsons, la santé est une composante essentielle au développement des sociétés et au maintien de l'ordre social puisqu'elle assure une participation pleine et équitable des individus compétitionnant pour l'amélioration de leur statut social et de leurs conditions d'existence. « The capacity of the human individual to achieve is ultimately the most crucial resource » a déjà écrit Parsons, voyant même dans la santé une condition élémentaire pour la démocratie et la justice sociale (Parsons, 1970, p. 281 dans Gerhardt, 1989, p. 6). Fidèle à son époque – alors que la société d'après-guerre, riche de ses nombreuses transformations politiques, sociales et économiques, vise un idéal démocratique et une mobilité sociale illimitée – Parsons voit dans la maladie une menace importante non seulement pour le bien-être des individus, mais aussi, et surtout, pour le fonctionnement du système social. La perspective structuro-fonctionnaliste ne cherche donc pas tant à comprendre les mécanismes sociaux de définition des maladies, mais les modes d'institutionnalisation des pratiques thérapeutiques privilégiées pour assurer la guérison des individus malades et la stabilité de l'ordre social.

La médecine constitue donc l'un des principaux mécanismes sur lesquels l'ordre social peut compter pour éviter ou résorber les déséquilibres. En effet, les conséquences répressives et coercitives, telles qu'inscrites dans le système judiciaire, ne sont appropriées, selon Parsons, que pour sévir contre des déviants ayant intentionnellement commis un acte répréhensible susceptible de mettre en péril l'ordre social. La maladie, bien que représentant un état déviant potentiellement menaçant pour le fonctionnement du système, ne doit pas être jugée selon ce même contrôle normatif puisque le malade ne peut être tenu responsable de sa condition fragilisée. Même s'il arrive que la trajectoire empruntée par la maladie soit fortement influencée par des actions et motivations individuelles conscientes ou inconscientes, il n'en demeure pas moins que la maladie est essentiellement un acte involontaire qui demande à l'individu un temps d'arrêt pour récupérer et se rétablir. Il revient donc à la médecine de prendre temporairement le relais lorsque les mécanismes naturels ont échoué dans leur capacité à restaurer l'état de santé d'un individu malade avec l'objectif premier de lui permettre, à nouveau, de jouer son rôle dans l'ordre social.

Aussi, même si la maladie représente davantage un événement individuel que collectif, les symptômes et l'incapacité qu'elle produit rompent néanmoins avec les normes sociales en vigueur, engendrant passivité, impuissance et instabilité émotionnelle dans une société où sont valorisées l'action, l'indépendance et la neutralité. Par le fait même, l'acquisition d'un statut social particulier permet à l'individu malade de se voir libéré de ses responsabilités sociales, selon ses différents rôles sociaux et les attentes exigées envers lui. Cette période d'invalidité et le statut de malade qui l'accompagne doivent donc être, dans la mesure du possible, temporaires, bien que les capacités de certains individus puissent être réduites de façon permanente comme dans le cas des malades chroniques notamment. Aussi, en plus de se voir exemptés de leurs obligations familiales et professionnelles, le statut de malade permet aux patients d'éviter d'être blâmés pour leur condition d'incapacité et de jouir de certains avantages individuels et sociaux (revenu compensatoire pour subvenir à leurs besoins et à ceux des membres de leur famille, support professionnel et affectif, etc.).

Consentis grâce au statut de malade, et non au mérite des patients, ces gains secondaires sont temporaires et souvent relatifs au consentement du médecin. Il est donc socialement prohibé pour les patients d'y prendre goût et de chercher à prolonger leur statut de malade pour en bénéficier davantage. Aussi, en contrepartie de la présence de ces avantages sociaux, les malades sont assujettis aux obligations suivantes : d'une part, l'obligation de chercher un rétablissement rapide et efficace en fonction certes de leur condition, mais aussi de la disponibilité des formes de support et autres modes d'entraide, et d'autre part, l'obligation de solliciter l'aide technique compétente – c'est-à-dire

médicale – et de s’y soumettre. C’est cet ensemble de droits et d’obligations relatif au statut de malade qui constitue, selon Parsons, le *rôle de malade*.

Si les malades ont des droits et des responsabilités à respecter, il en va de même pour les médecins chargés de voir à leur rétablissement. Le *rôle de médecin*, caractérisé notamment par l’universalité, la neutralité affective et l’atteinte des objectifs, s’inscrit selon un modèle symétrique et complémentaire à celui du rôle de malade. Les médecins ont donc l’obligation d’agir en fonction du respect et du bien-être de leurs patients et d’appliquer les plus hauts standards de qualité en matière de soins et de traitements en vue de favoriser leur guérison. En contrepartie, les médecins se voient accorder un accès privilégié aux informations confidentielles de leurs patients, à leur histoire de vie et à leur corps, territoire habituellement réservé aux relations interpersonnelles intimes. Aussi, les médecins se gardent l’exclusivité de la confiance accordée par leurs patients, qui doivent leur être fidèles et renoncer à « magasiner » pour des services médicaux, qui de toute façon, selon Parsons, ne sont pas guidés par des intérêts commerciaux.

« Exclusiveness of care relieves doctors from the threat and worry that they might lose the patient through unpleasant or painful therapy. Being exempted from “third-party control” of other physicians or a concerned lay public may also mean that not every step of an ongoing treatment is judged, and colleagues or clients do not interfere with what they might consider unnecessary surgery or medication » (Gerhardt, 1989, p. 27).

Cette asymétrie dans la relation médecin-patient est incontournable, aux yeux de Parsons, devant l’impossibilité pour les médecins de partager la responsabilité des décisions médicales, et par le fait même du savoir et de l’expertise nécessaire. « To go too far in attempting to do so would surely jeopardize the therapeutic benefits of the vast accumulation of medical knowledge and competence which our culture has painfully built up over a very long period » (Parsons, 1975, p. 272 dans Gerhardt, 1989, p. 32). Plus qu’une simple entreprise de récupération des capacités temporairement perdues, la médecine est un mécanisme d’autorégulation sociale essentiel au bon fonctionnement des systèmes sociaux par sa propension à assurer le plein potentiel individuel et social des sujets. Aussi, selon le degré de conformité des malades aux exigences associées à leur statut temporaire, la profession médicale dispose du droit de sanctionner les patients récalcitrants par diverses méthodes de contrôle social, dans une optique de « soft policing » selon Dingwall (2006, p. 31), telles que l’imposition d’un diagnostic ou d’un traitement, ou encore leur retrait, ce qui peut avoir pour conséquence de retirer aux patients les avantages sociaux inhérents à la condition de malade.



Fluctuants selon les époques et le contexte géographique et social, la santé et la maladie sont à la fois des phénomènes physiologiques et socioculturels tandis que les rôles de malade et de médecin révèlent quant à eux les mécanismes de gestion et de contrôle social que se fixe une société (Lallement, 1993). Mais c'est sur la santé davantage que la maladie que doivent être centrées les analyses sociologiques et la raison d'être de la médecine selon Parsons, puisque la santé est nécessaire à la reproduction, l'intégration et le maintien de la structure et de l'ordre social. C'est ainsi que l'ensemble des recherches amorcées par Parsons ont mis en évidence une conception de la maladie comme conduite sociale influencée par différents critères normatifs et facteurs individuels donnant une couleur particulière à la réalité vécue par chaque malade (Renaud, 1985). Si avant Parsons, les analyses sur la santé et la maladie étaient fondées uniquement sur l'interprétation des médecins face à ces phénomènes physiologiques, sans tenir compte du fait que « quelqu'un est perçu comme malade [...] quand il se dit malade ou se comporte à la façon d'un malade (selon les normes sociales) » (Renaud, 1985, p. 6), la publication de *The Social System* en 1951 donna le coup d'envoi à une nouvelle conception sociologique du malade et de la maladie (Dingwall, 2006).

Les analyses structuro-fonctionnalistes ont ainsi jeté un nouvel éclairage sur la relation entre l'expérience de la maladie et la conduite du malade, transformant cette idée voulant que les facteurs sociaux influencent de l'extérieur la maladie, alors qu'ils la structurent tout autant sinon plus de l'intérieur par la conduite même adoptée par le malade. Aussi, « Parsons eut cette intuition que le rapport d'un individu à sa maladie est, d'une certaine manière, la manifestation du rapport que cet individu entretient avec les valeurs de sa société » (Renaud, 1985, p. 7). Entrevue comme une menace pour la stabilité de l'ordre social et appelée à être contrôlée par l'intermédiaire de la médecine, la maladie constitue une forme de déviance par rapport aux normes biologiques et sociales, empêchant du même souffle les individus de remplir adéquatement leurs fonctions et leurs obligations quotidiennes, instrumentales ou affectives. La maladie représente donc une rupture dans la capacité de l'individu à s'intégrer dans la société et ses structures de solidarité (famille, travail, etc.). Dans cette perspective, écrit Parsons, les pratiques thérapeutiques doivent viser la réintégration des individus dans leurs rôles et fonctions sociales, et par le fait même tenir compte de l'état du malade, de sa personnalité et des conséquences de son incapacité sur son environnement immédiat pour assurer l'efficacité du traitement (O'Neil, 1986).

Aussi, les travaux de Parsons ont contribué à un élargissement des notions de maladie et de santé, au moment même où l'OMS définissait la santé autrement que comme une simple absence de maladie, et conduit toute une génération de sociologues à se pencher sur les comportements des malades en regard

notamment aux différences et inégalités sociodémographiques et économiques. Sans remettre en doute leur existence, ces recherches se sont interrogées sur les modes de définition du malade et d'attribution des rôles de malade et de médecin (avec les responsabilités et privilèges qui leurs sont associés), en plus de mettre en lumière la multiplicité des réactions possibles face à la maladie, ses symptômes, ses conséquences et ses traitements, des questions normatives fondamentales selon Renaud (1985) pour comprendre les interventions individuelles, sociales et médicales préconisées dans la gestion de la déviance que représente la maladie.

## 7.2 Prédominance des structures sociales et des mécanismes de domination dans l'analyse de la médicalisation

Les années 1970 ont été témoins d'une profonde remise en question du paradigme structuro-fonctionnaliste, ouvrant la voie à de nouvelles pistes de réflexion. Les sociologues ont fortement reproché aux recherches sur le rôle de malade et de médecin leur propension à accepter d'entrée de jeu que la profession médicale puisse être la seule institution reconnue ayant la capacité de définir et de prendre en charge la maladie, son diagnostic et son traitement. Aussi, ils refusent l'approche du structuro-fonctionnalisme qui cherche d'abord et avant tout à comprendre la conduite des individus malades à travers leur rôle social, sans se préoccuper, en amont, des mécanismes sociaux de définition de la maladie et du malade. C'est donc dans cette optique que la sociologie médicale cède sa place, à cette époque, à la sociologie de la santé pour marquer symboliquement le passage du rôle de malade et de médecin comme objets privilégiés des analyses sociologiques, vers une sociologie davantage préoccupée par les déterminants sociaux de la santé et des maladies, les processus de définition du normal et du pathologique et les modes privilégiés de prises en charge des patients (Renaud, 1985). La définition de la santé orientée vers le bien-être des individus, telle qu'établie par l'OMS vingt-cinq ans auparavant, prend désormais tout son sens dans les analyses sociologiques.

Ce nouveau paradigme met donc l'accent sur les structures sociales et les mécanismes de domination pour réfléchir aux enjeux entourant la capacité de la médecine de créer socialement le malade et les conséquences stigmatisantes que ce monopole peut entraîner pour les individus. Pour le dire autrement, il permet de réfléchir aux schèmes de pensée par lesquels le médical et le social évaluent ce qu'est la santé et la maladie (Renaud, 1985). Ces sociologues de la santé cherchent à critiquer et faire ressortir le caractère relatif et réductionniste de l'approche biomédicale et en questionnent les fondements scientifiques et les biais idéologiques. La santé et la maladie sont non seulement des événements physiologiques, mais aussi et surtout des phénomènes aux implications

sociales, politiques et économiques pour tous les individus et les collectivités (Gaucher, Laurendeau et Trottier, 1981).

Mais si globalement cette approche critique entrevoit de manière dynamique les relations qui unissent le savoir médical, l'État et la société comme déterminants de la maladie et du malade, elle est loin de s'inscrire dans un cadre théorique homogène (Araujo, 1999). Nous y avons pour cet exercice recensé différents univers théoriques, tels que les cadres interprétatifs d'inspiration constructiviste, marxiste et foucauldienne. Malgré des différences conceptuelles majeures, qui rendent cet exercice d'identification et de catégorisation des racines intellectuelles de la médicalisation particulièrement délicat, nous avons pu remarquer, dans l'analyse des ouvrages de notre corpus, que ces trois approches ont en commun de privilégier le rôle des structures et normes sociales dans leurs analyses des phénomènes sociaux et, de ce fait, dans l'interprétation du processus, phénomène et concept de médicalisation.

#### 7.2.1 L'influence constructiviste. La (re)définition subjective des frontières du normal et du pathologique

Notre premier axe d'analyse, qui permet de saisir le champ sémantique de la médicalisation à travers l'étude des structures sociales et des mécanismes de domination, s'actualise dans un premier temps dans une pensée d'inspiration constructiviste selon laquelle la connaissance est d'abord et avant tout influencée par l'idéologie et les conventions sociales plutôt que par un désir purement objectif de savoir (Conrad et Schneider, 1980; Reissman, 1983; Drulhe et Clément, 1998; Breslau, 2003). La réalité, en tant que produit des organisations sociales et des normes en vigueur, ne peut qu'être inscrite dans les contextes historiques, géographiques et culturels qui la transforment. Ainsi, selon cette tendance théorique, la maladie et la déviance ne peuvent être entrevues ni comme l'unique résultat de facteurs biologiques sur lesquels les individus n'ont peu ou pas de contrôle, ni non plus comme le seul produit d'interactions sociales qui forgent et interprètent l'expérience individuelle.

Conrad et Schneider ont longuement expliqué cette position constructiviste qu'ils ont adoptée dans leur ouvrage *Deviance and Medicalization* publié en 1980. À ce titre, ils écrivaient : « deviance designations [are] products of the society in which they exist » (1980, p. 20). Multiples, les réalités sociales et leurs interprétations sont toutes le résultat d'une politique de définition légitimée par un cadre juridique, religieux ou encore, médical rendant des réalités aussi concrètes que la maladie et la mortalité sujettes à des analyses différenciées selon le milieu social dans lequel elles s'inscrivent (Gusfield, 1980). L'approche d'inspiration constructiviste se situe donc à l'opposée du positivisme

pour qui les déviances, par exemple, existent en tant qu'expériences objectives, conséquences de la non-conformité des individus aux normes sociales collectivement adoptées.

La construction d'un nouveau produit culturel ou d'une nouvelle interprétation passe donc inévitablement par des processus d'externalisation, d'objectivation et d'internalisation qui permettent à cette nouvelle réalité jugée objective d'être intégrée dans des discours et pratiques sociales, dont médicales, bien que cette insertion puisse se faire à des niveaux et à des degrés fort différents. L'approche d'inspiration constructiviste s'intéresse donc aux processus historiques, sociaux, culturels et politiques qui transforment les comportements, les attitudes et les activités individuelles en déviances et en réalités pathologiques notamment, comme l'illustre cette idée contemporaine selon laquelle les comportements étranges résultent inévitablement d'une maladie mentale (Conrad et Schneider, 1980).

Aussi, ce passage d'une interprétation morale à une interprétation médicale des comportements déviants et des maladies s'inscrit nécessairement, selon cette tendance constructiviste, dans des rapports de pouvoir qui offrent à la médecine – ou à d'autres acteurs collectifs tels que l'industrie pharmaceutique – la légitimité nécessaire pour influencer la construction des réalités sociales pathologiques. Même si cette approche ne souscrit pas entièrement à une vision unilatérale du pouvoir entre les groupes dominants et dominés – laissant un espace de négociation dans le processus constant de reconstruction des schèmes interprétatifs – il n'en demeure pas moins que les propositions théoriques d'inspiration constructiviste envisagent régulièrement la présence d'un différentiel de pouvoir permettant à certains groupes, dont la profession médicale, de faire adopter leur vision de la réalité. « Some prestigious claims-makers or organized collectivities have greater power than others to define what is true and false, respectable and disrespectable, normal and abnormal, etc. » écrivaient Conrad et Schneider (1980, p. 27). L'approche d'inspiration constructiviste cherche donc non seulement à saisir les modes de construction des réalités, mais aussi les mécanismes de pouvoir qui en influencent la transformation, alors que les processus de définition des réalités pathologiques et déviantes peuvent largement différer de ces réalités ou comportements déviants en eux-mêmes.

Pour de nombreux sociologues, la déviance et la maladie sont beaucoup plus qu'un simple travers biologique, mettant davantage l'accent, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, sur le rôle d'importants groupes sociaux dans la création de nouvelles formes de pathologies et de traitements. La déviance et la maladie sont construites socialement par ces groupes détenteurs de pouvoir, dont notamment la profession médicale et l'industrie pharmaceutique. S'ajournant le rôle d'entrepreneurs

moraux, ces acteurs siègent aux premières loges dans les processus de reconfiguration pathologique des normes sociales et des réalités inhérentes à l'existence humaine, alors que suite à des manœuvres politiques et des intérêts professionnels, financiers ou corporatifs par exemple, des comportements, des événements, des habitudes de vie et des préoccupations individuelles sont dorénavant définis et traités comme des déviances et des maladies socialement et médicalement reconnues.

« [Medicine] is active in seeking out illness. The profession does treat the illnesses laymen take to it, but it also seeks to discover illness of which laymen may not even be aware. One of the greatest ambitions of the physicians is to discover and describe a "new" disease or syndrome and to be immortalized by having his name used to identify the disease. Medicine, then, is oriented to seeking out and finding illness, which is to say that it seeks to create social meaning of illness where that meaning or interpretation was lacking before. And insofar as illness is defined as something bad – to be eradicated or contained – medicine plays the role of what Becker called the *moral entrepreneur* » (Freidson, 1970, p. 252 dans Conrad et Schneider, 1980, p. 23).

Ainsi, par un processus de médicalisation et de pathologisation de l'existence humaine, un nombre grandissant de réalités individuelles et collectives entrent régulièrement dans le champ de compétence de la médecine qui a pour mandat de traiter, d'éliminer, de contrôler, ou encore de prévenir les maladies et souffrances, et ce, au nom de la santé (Conrad et Schneider, 1980). Mais si ces maladies et déviances font l'objet d'un consensus social et médical, l'approche d'inspiration constructiviste notamment nous rappelle qu'une maladie ne peut être définie comme telle a priori, étant plutôt formée grâce à un processus de construction de faits jugés objectifs, neutres et scientifiques sur lesquels repose cette étiquette de maladie. La construction de pathologies résulte donc de l'implication de nombreux acteurs où s'entremêlent des facteurs cliniques, sociaux, médicaux, économiques, politiques, corporatifs, etc. (Breslau, 2003).

Mais cette question de la construction sociale et médicale des réalités pathologiques est aussi sous-tendue par la difficulté pour tous ces acteurs de distinguer la frontière qui sépare le normal du pathologique. Si cet enjeu a, à de nombreuses reprises, été soulevé par des auteurs sur la médicalisation, il est pertinent de faire intervenir ici Canguilhem (1966) et, plus près de nous, Otero (2006a) pour mieux en comprendre les fondements. En effet, nous rappellent ces auteurs, il n'y a encore pas si longtemps, le terme normal était réservé aux domaines des mathématiques et de la physique. Ce n'est qu'à partir des années 1820 qu'il a été utilisé relativement à un état biologique. À partir de ce moment, les maladies et les déviances sont envisagées comme des faiblesses, des états qu'il faut absolument diagnostiquer, expliquer et traiter (Otero, 2006a). Aussi, le mot norme (*norma*) qui étymologiquement désigne l'équerre – ce qui se tient dans un juste milieu – revêt également



plusieurs sens alors que la norme peut correspondre à la règle, à la moyenne ou à un état de perfection. Malgré cette confusion, la norme et l'anormalité font donc toujours référence à une valeur, un ordre normatif dans un jeu d'oppositions entre « ce qui pose problème » et « ce qui ne pose pas problème » et de comparaisons entre les catégories de personnes de ces deux groupes ou entre une personne et une mesure propre à elle-même. La norme n'a donc pas d'extérieur, « tout ce qui voudrait l'excéder peut être récupéré et intégré en termes de différences de quantités et d'écarts » (Otero, 2006a, p. 66), les phénomènes et les réalités se trouvant inévitablement référés à la norme et ce, peu importe qu'elle corresponde à une règle, une moyenne ou un idéal. En fait, la norme tire sa valeur du fait qu'il n'y a pas en soi de réalité qui ne lui réponde pas. Autrement dit, la norme n'a aucun sens si elle est seule.

De plus, aucune norme n'est originelle; « la règle ne commence à être règle qu'en faisant règle et cette fonction surgit de l'infraction même » nous rappelle Canguilhem (1966, p. 178) alors que les normes qui composent un système sont régulièrement contestées, modifiées et reconstruites. Le normal est ainsi défini en regard à la norme selon une décision normative et subjective délimitant – du moins temporairement car constamment sujette à changement –, les caractéristiques vis-à-vis lesquelles il y aura une exigence de conformité. Ainsi, comme toutes les normes sociales, les formes que prennent la santé et la maladie sont élaborées à la lumière des structures sociales et culturelles d'une société donnée à une époque donnée ne pouvant en aucun cas revêtir, malgré leur inscription biologique, un caractère originel et permanent. Et puisque la vie ne suit pas une trajectoire rectiligne, la santé représente l'espace de réaction dont dispose un organisme devant constamment faire face à des obstacles de diverses natures, tels que des accidents, ou des maladies qui réduisent la marge de manœuvre dont dispose un individu face « aux infidélités du milieu » (Canguilhem, 1966, p. 132).

Aussi, si le but premier de la médecine est de diagnostiquer et de guérir les pathologies – socialement et médicalement construites – selon les critères définis par un état jugé normal, il ne faut pas oublier que cet état normal peut désigner à la fois un état habituel (selon la règle ou la moyenne) ou un état idéal que la thérapeutique cherche à établir, ouvrant ainsi la porte à des manœuvres de préservation de la santé, mais aussi d'amélioration du corps et de ses potentialités. Cette question, particulièrement délicate, a été et demeure encore aujourd'hui comme nous avons pu le constater dans les chapitres précédents, au cœur des discussions sur la médicalisation du social. Néanmoins, cette tendance d'inspiration constructiviste a su teinter le champ sémantique du terme même de médicalisation depuis son émergence dans la littérature sociologique, en cherchant constamment à mettre au jour les processus sociaux à l'origine du façonnement des corps et des comportements, et de leur redéfinition pathologique.

### 7.2.2 L'influence marxiste. L'expropriation du sujet et la marchandisation de la santé et de la maladie

Notre premier axe d'analyse, qui cherche à saisir le champ sémantique de la médicalisation à travers l'étude des structures sociales et des mécanismes de domination à l'œuvre, peut également être associé selon notre corpus au développement du capitalisme dans une perspective d'économie politique. Ainsi, cet axe d'analyse fait appel à des propositions théoriques inspirées du vocabulaire marxiste en ce sens que la configuration des réalités pathologiques telle qu'inscrite dans la médicalisation de l'existence humaine n'est que le prolongement d'un phénomène généralisé de surproduction. Passé un certain seuil critique de développement, cette surproduction industrielle donne lieu à une contre-productivité qui se dresse comme un obstacle à l'atteinte des objectifs de bien-être des populations que se donnent les sociétés. Tous les efforts investis par ces sociétés pour améliorer les conditions d'existence de leurs populations s'avèrent être une menace lorsque les exigences de production se donnent pour mandat de toujours aller plus vite, plus loin, bref d'être meilleures. Sans s'en rendre compte, cette logique de développement illimité contamine toutes les sphères de production dans un mouvement de masse autodestructeur des sociétés : « la médecine corrompt la santé, l'école bêtifie, le transport immobilise, les communications rendent sourd et muet, les flux d'information détruisent le sens, le recours à l'énergie fossile, qui réactualise le dynamisme de la vie passée, menace de détruire toute vie future et, *last but not least*, l'alimentation industrielle se transforme en poison » (Dupuy, 2004, p. 31).

Selon l'hypothèse d'inspiration marxienne de « fétichisme de la marchandise », les attributs prêtés à ce qui est vendu ou acheté ne sont pas à débusquer dans la marchandise ou le service en soi; c'est dans la société (incluant ses modes de production, structure de classes, etc.) qui produit cette marchandise ou service qu'il faut en chercher le secret de la « valeur », selon son utilité et sa valeur d'usage et d'échange. La valeur sociale d'un objet, d'une technologie ou d'une pratique n'est donc significative qu'en regard à l'ensemble des rapports sociaux qui la sous-tend, la valorise et l'instrumentalise en fonction d'objectifs divers. Mais l'accumulation des marchandises produites tend à paralyser en revanche la capacité des individus à produire des valeurs d'usage. Passé un certain seuil de productivité, l'« homo economicus » se transforme en « homo religiosus » se sacrifiant sur l'autel de l'idéologie industrielle (Illich, 1975).

Dans la société industrielle, les individus sont amenés à désirer les objets – et les obtienne – plutôt qu'à les produire eux-mêmes, en eux-mêmes et pour eux-mêmes. Ils veulent donc être pris en charge par la société – être éduqués, être transportés, être soignés, etc. – plutôt que d'apprendre à trouver leur propre voie. « Ce qui peut être fourni et consommé décline ce qui peut être fait », écrivait Illich (1975, p. 84). Plutôt que d'être stimulés à satisfaire eux-mêmes leurs propres besoins et à transformer leurs

conditions d'existence, dans le cadre d'un mode de production autonome, les individus sont insérés dans un système de production industrielle hétéronome qui les incite, sinon les force, à désirer et consommer les marchandises et services produits. Dans une vision quasi unilatérale du pouvoir, le système capitaliste, dirigé par quelques groupes dominants, cherche par tous les moyens à sans cesse faire augmenter le niveau de consommation des individus, sans prendre conscience que cette surconsommation produit, dans son sillage, nombre de souffrances et conséquences dévastatrices. En fait, la production hétéronome n'est pas problématique en soi, mais c'est plutôt le déséquilibre entre les modes de production hétéronome et autonome engendré par la société industrielle capitaliste qui freine le développement des sociétés.

Passés certains *seuils* critiques de développement, la production hétéronome engendre une complète réorganisation du milieu physique, institutionnel et symbolique, telle que les capacités autonomes sont paralysées. [...] L'appauvrissement des liens qui unissent l'homme à lui-même, aux autres et au monde devient un puissant générateur de demande de substituts hétéronomes, qui permettent de survivre dans un monde de plus en plus aliénant, tout en renforçant les conditions qui les rendent nécessaires (Dupuy, 2004, p. 31).

Pourquoi s'investir dans des modes de vie sains lorsque des soins et services de santé professionnels sont disponibles pour pallier à un état de santé déficient ? Ce mouvement d'autodérégulation provoque une réaction en chaîne qui échappe à tout contrôle, un cercle vicieux dans lequel les populations cherchent constamment à dissimuler leur manque d'être, leur incapacité à prendre en charge leur existence et en viennent à penser leur aliénation comme une « finitude naturellement incontournable » (Dupuy, 2004, p. 37). Seule la lutte politique « pour le droit à l'intensité de l'acte productif personnel » et le respect de l'action individuelle autonome pourra permettre aux populations de reprendre le contrôle de leur destin et contrecarrer les effets du « mirage industriel » provoqués par la surproductivité (Illich, 1975, p. 209).

Aussi, les forces économiques en place sont à prendre en considération dans la transformation des mécanismes de la médicalisation, considérant que « la médicalisation de la vie n'est qu'un aspect de la domination destructrice que le développement industriel exerce sur notre société » (Illich, 1975, p. 83). Les forces économiques capitalistes engendrent une contreproductivité mettant en péril le développement des sociétés et le bien-être – donc la santé – de leurs populations. Les impératifs de croissance économique sont un facteur déterminant dans le processus de pathologisation de l'existence humaine où la science et ses applications thérapeutiques sont mises à profit dans une logique de valeurs d'échange (Illich, 1975; Gerhardt, 1989). Ainsi, selon cet univers théorique d'inspiration marxiste, les maladies sont des phénomènes sociaux d'origine « matérielle », même si par diverses

stratégies et discours, le système capitaliste en vient à leur attribuer une origine biologique pour laquelle il existe un traitement.

La santé s'est transformée en un gigantesque marché, étant désormais orientée davantage par une logique marchande que médicale ou hygiéniste auquel la médecine, tout comme l'ensemble des autres acteurs impliqués dans le processus et phénomène de la médicalisation, ne peut échapper. La santé peut désormais être consommée, achetée, vendue, au même titre que n'importe quel objet ou service. « Les pratiques de soins tendent plus que jamais à l'heure actuelle à se trouver investies par les "industries de la santé et du bien-être" qui lui donnent la forme fétiche de la marchandise » (Gori, 2006, p. 64). Les trajectoires de vie des individus et les événements ou les problèmes auxquels ils sont confrontés ne sont plus traités dans leur humanité, mais simplement réduits à une question de profit. Les maladies et leur traitement ne sont plus qu'une simple marchandise, une activité professionnelle dont quelques experts détiennent le monopole qu'ils partagent à fort prix auprès notamment de patients-consommateurs de soins avides de conseils et de directives claires. « Quand le sens transitif domine le langage, le fonctionnaire pourvoyeur de guérison obtient le monopole. Ce qui était abondant, gratuit et de grande valeur devient quelque chose qui, par définition, est rare, a un coût monétaire de production et un prix de marché » écrivait d'ailleurs Illich en 1975 (p. 84).

Aussi, pour Illich et ses successeurs, dont Dupuy (2004), la médecine doit changer drastiquement ses pratiques, à défaut de continuer à mettre la population en danger. Cette contreproductivité médicale conduit la médecine à ne plus remplir son mandat premier, qui est de guérir les maladies et soulager les patients, étant aujourd'hui elle-même la cause de nombreuses souffrances et incapacités, voire même de décès. Les médecins sont devenus dépendants du système capitaliste et de ses injonctions de performance et de profits, alors que sous l'emprise d'une industrie de la santé florissante, ces derniers, et désormais l'ensemble de la population, contribuent à alimenter les désirs et besoins d'une santé toujours plus performante. En définitive, le serment d'Hippocrate et l'obligation morale des médecins de ne pas poser préjudice aux patients sont constamment menacés par des enjeux de pouvoir et de profits dont les effets iatrogéniques s'actualisent à la fois sur le plan clinique par des interventions inefficaces ou même mortelles, social par la perte d'autonomie et de capacité d'adaptation des individus, et structurel par l'adoption d'une vision utopiste de la santé fondée sur l'élimination de la douleur, voire même de la mort (Illich, 1975; Panese et Barras, 2009).

Ainsi, selon cette proposition théorique d'inspiration marxiste, l'individu serait davantage le produit de son environnement physique et social que de son héritage génétique, exigeant de lui une adaptation

permanente pour faire face à la transformation continuelle de son environnement et milieu de vie, risquant dans le cas contraire de souffrir de diverses maladies. Paradoxalement, la médecine moderne contreproductive affaiblit les populations en créant une dépendance face à la consommation des services et de soins de santé. Aussi, en leur retirant leur capacité d'adaptation, la médecine contribue à l'augmentation des taux de morbidité dans les sociétés industrialisées capitalistes (Illich, 1975). Il en résulte des individus transformés en patients à vie. « Le temps est venu, non seulement de procéder à une évaluation publique des effets de la médecine, mais encore de renoncer au rêve pan-sanitaire » écrivait Illich (1975, p. 127), afin d'éviter que la médecine poursuive son travail d'expropriation des individus face à la prise en charge de leur propre santé et les aliène davantage des pratiques de soins, menace qui peut se résumer par la seule expression de *Némésis médicale*.

Ayant été invité à partager le festin des dieux, Tantale, roi de Lydie, dérobe à leur table l'ambrosie, breuvage qui rend immortel. En châtimement ils lui confèrent l'immortalité, mais aux enfers, où il est constamment en proie à la faim et à la soif. [...] La soif d'ambrosie, c'est aujourd'hui le commun des mortels qui l'éprouve. [...] Les prêtres de Tantale qui s'en sont fait les zéloteurs promettent à l'homme une amélioration médicale illimitée de sa santé. Mais, bien qu'ils se prétendent disciples d'Esculape le guérisseur, les membres de ce corps ne sont que des pourvoyeurs d'ambrosie. La production professionnelle de cette soif inextinguible – du magique breuvage, c'est *Némésis médicale*. [...] *Némésis médicale* est plus que la somme de toutes les fautes professionnelles, des négligences, du cynisme de caste, de l'injuste répartition des soins décrétée par les médecins, de l'invalidité par diktat médical. C'est plus que la dégradation malsaine des structures sociales par la surmédicalisation tentaculaire. C'est plus même que l'encouragement médical de l'impuissance de l'homme face à la douleur, la maladie et la mort. *Némésis médicale*, c'est l'auto-dérèglement institutionnel de l'homme vers le cauchemar. C'est l'expropriation du vouloir-vivre de l'homme par un service d'entretien qui se charge de le maintenir en état de marche au bénéfice du système industriel (Illich, 1975, p. 206).

Les individus sont frustrés de ne pouvoir maîtriser leur corps, ce travail ayant été confié presque entièrement à l'entreprise médicale dont l'expansion ne cesse de s'accroître. Aussi, l'institution médicale assure la gestion de sa pratique et de ses modes d'intervention de plus en plus, sinon presque exclusivement, en regard aux intérêts de l'État industriel et de considérations capitalistes, au détriment des individus qui ne peuvent assurer la gestion de leur santé au bénéfice de leurs propres intérêts. Cette perte d'autonomie est d'autant plus amplifiée par un préjugé politique – selon l'expression d'Illich (1975) – voulant que l'amélioration des soins et des services médicaux prime sur l'amélioration des déterminants de la santé et la capacité des individus de se prendre en charge. La santé en est venue à être intimement associée à un ordre dicté par la logique hétéronome de production industrielle annulant la capacité des individus de participer et d'agir sur l'ordre social (Sanni Yaya, 2009).



Toute forme de dépendance devient vite un obstacle à la capacité de se soigner, de faire face, de s'adapter et de guérir. Bien pis, cet obstacle prive les gens du pouvoir de transformer leurs conditions de vie et de travail, celles-là mêmes qui les rendent malades. Le contrôle exercé sur l'activité de production du complexe médico-industriel ne peut contribuer à améliorer la santé que s'il vise à une réduction très substantielle de l'output global, et ne se contente pas de simples améliorations techniques sur la marchandise offerte (Illich, 1975, p. 110).

Il en résulte la production de services et de soins médicaux et de traitements dispendieux, de qualité inégale et arbitraire, hiérarchiques et réductionnistes que les patients consomment malgré tout avidement, recherchant dans cette consommation de masse effrénée « un guide moral à [leurs] conduites » (Gori, 2006, p. 78). C'est d'ailleurs lorsque le manque d'être se traduit en un manque d'avoir que « la part maudite de l'être humain se transforme en une pathologie à normaliser, voire à médicaliser » (Suijsa, 2007, p. 93). La solution réside donc dans la démedicalisation complète des réalités pathologiques dans une démarche d'*empowerment* et un engagement individuel et collectif pour des pratiques thérapeutiques alternatives; solution drastique et difficile à réaliser compte tenu de l'emprise qu'exerce la médecine sur les sociétés modernes et l'intégration de ces « alternatives » dans une même matrice idéologique que celle si vivement dénoncée par l'utilisation du terme médicalisation (Bert, 2009).

J'ai choisi l'institution médicale comme point d'application de cette théorie, parce que c'est sur elle que je peux le mieux mettre en évidence l'irruption et le développement de ce que j'appelle la contreproductivité paradoxale. Avant tout, le choix de la médecine comme modèle a des avantages psychologiques. D'avoir à renoncer aux illusions que propage la médecine est quelque chose qui touche chacun de la façon la plus bouleversante, la plus mortifiante et la plus douloureuse qui soit, et qui prépare le mieux à accepter le même type de clarification à propos d'autres relations moins intimes avec des institutions dont il est également devenu la victime. Mais aussi, une fois qu'ils se seront délivrés du carcan d'une croyance dans le salut que peut apporter l'institution médicale, la plupart des gens seront alors capables, au prix certes d'un certain courage, d'envoyer au diable leur médecin [...] (Illich, 1975, p. 98).

La santé des individus et leur capacité de se prendre en charge ne résident donc pas dans la mise en place de politiques nationales de santé, comme le font actuellement les gouvernements, mais plutôt dans la « courageuse faculté de regarder en face certaines vérités : nous n'éliminerons jamais la douleur; nous ne guérirons jamais toutes les affections; nous mourrons certainement » affirmait d'ailleurs Illich en 1990 (Dupuy, 2004, p. 38). Les solutions ne sont donc pas scientifiques ou techniques, mais d'abord et avant tout collectives et individuelles, dans la capacité d'accepter la fragilité de la vie humaine et d'endiguer cette dépendance vis-à-vis des pratiques médicales. Une seule conclusion s'impose : « Oui, nous avons mal, nous tombons malade, nous mourons, mais également nous espérons, nous rions, nous célébrons; nous connaissons les joies de prendre soin les uns des

autres; souvent nous sommes rétablis et guéris par divers moyens. Nous n'avons pas à suivre un chemin uniformisé et banalisé de notre vécu » (Illich, 1990 dans Dupuy, 2004, p. 38).

### 7.2.3 L'influence de Foucault. La normalisation au service de la disciplinarisation des corps

Notre premier axe d'analyse, qui permet de saisir le champ sémantique de la médicalisation à travers l'étude des structures sociales et des mécanismes de domination, fait également appel à des propositions théoriques inspirées de la pensée de Foucault. À plusieurs égards, l'œuvre de Foucault interpelle les processus de normalisation et d'assujettissement, et leur capacité à s'actualiser dans les moindres expériences et pratiques formant la vie sociale, dont notamment la santé et la maladie. Ayant comme objet d'étude privilégié les systèmes institutionnels de contrainte et de normalisation, la pensée de Foucault permet de réfléchir largement aux notions de pouvoir et de savoir et des liens qui les unissent.

Foucault se démarque de la pensée d'inspiration marxiste par son refus de concevoir le pouvoir comme une opposition binaire entre des dominants et des dominés. Présent partout à la fois, le pouvoir s'insère dans les moindres recoins de la vie sociale et dans chacune des relations. Volatile, il peut rapidement être transféré d'un acteur à l'autre, n'étant aucunement restreint à un individu ou groupe social, quoique Foucault lui-même reconnaisse que certains groupes sociaux ou individus possèdent une influence plus grande ou davantage reconnue. Les relations de pouvoir traversent tous les types de rapports sociaux qui, en retour, les (re)produisent de part en part (Dupuy, 2004). Aussi, à travers le langage, le pouvoir a la capacité d'engendrer de puissants « discours de vérité » là où, sous le regard des sciences, le sujet « devient forme regardée, chose investie par le langage, réalité qu'on connaît », en bref, « objet » comme l'écrivait lui-même Foucault (1972, p. 552). S'alimentant mutuellement, le pouvoir et le savoir forment les deux faces d'une même médaille, chacune aussi essentielle l'une que l'autre pour voir à leur déploiement respectif. Le champ de la connaissance scientifique moderne notamment s'appuie sur ce modèle cyclique alors que les relations de pouvoir en influencent largement les orientations, lui assurant, en retour, un champ d'action élargi et une plus forte légitimité fondée sur un présupposé de neutralité.

S'inscrivant dans une série de réseaux traversant l'ensemble des constituantes de la vie sociale, le pouvoir s'impose et se décompose en une série de « microphysiques du pouvoir » manipulant les pratiques, les comportements, bref, le corps des individus (Foucault, 1975). Mais ce corps et ses désirs ne sont pas des objets totalement inertes à la merci de cette relation de pouvoir-savoir. La construction

du sujet, de sa pensée et de ses actions repose sur un ensemble de mécanismes de pouvoir chargés de lui enseigner, par une série de pratiques normalisantes (pratiques d'examen, de confession et de mesure, etc.) les normes sociales auxquelles il devra donner suite. Aussi, dans la société moderne, le pouvoir tend à se faire de plus en plus invisible et anonyme, s'exerçant sur les individus davantage à travers des technologies de surveillance, de contrôle, d'observation et de mesure – dans le cadre d'un système de micropouvoir – que par des réprimandes publiques et des châtiments corporels. Mais en définitive, ce dressage du corps permet au pouvoir d'investir la vie sous toutes ses formes et dans ses moindres recoins. « The result is that, as Foucault has argued, modern social control has shifted from a largely external threat of execution wielded by cruel but administratively weak state authorities to the self-administered discipline of minds and bodies [...] » (O'Neil, 1986, p. 350). Ainsi, la société moderne est caractérisée par l'émergence d'un biopouvoir, un pouvoir sur la vie, qui se structure et se répand à travers la discipline des corps individuels et la régulation de la population que l'on se charge dorénavant de mesurer, dénombrer, classer en regard entre autres à ses caractéristiques sociodémographiques. La figure de la cage d'acier de Weber refait surface chez Foucault sous la forme du panoptisme, cette structure qui permet de voir sans être vu, métaphore ultime des mécanismes du pouvoir dans la société moderne.

Notre société n'est pas celle du spectacle, mais de la surveillance; derrière la grande abstraction de l'échange, se poursuit le dressage minutieux et concret des forces utiles; les circuits de la communication sont les supports d'un cumul et d'une centralisation du savoir; le jeu des signes définit les ancrages du pouvoir, la belle totalité de l'individu n'est pas amputée, réprimée, altérée par notre ordre social, mais l'individu y est soigneusement fabriqué, selon toute une tactique des forces et des corps (Foucault, 1975, p. 252).

Mais si pendant longtemps ces mécanismes d'inscription des principes disciplinaires à même le corps des individus – refoulant du même souffle leur capacité d'autonomie – ont été au cœur de la pensée de Foucault, les notions de travail, d'effort et de maîtrise de soi ont à la fin de sa vie graduellement fait leur place pour illustrer la capacité des individus de se constituer en sujet doté d'un certain degré de rationalité. Sans mettre de l'avant un état de liberté pur et sans contraintes, Foucault a tout de même cherché à délaissier quelque peu cette interprétation totalitaire du sujet enfermé dans une figure de la normalisation et enlacé dans des relations de pouvoir, en concevant le pouvoir et l'assujettissement comme des figures solidaires d'une certaine potentialité d'émancipation et de subjectivation. Sans être le pur produit d'une domination extérieure, chaque individu a la possibilité de déterminer, jusqu'à un certain degré, sa propre ligne de conduite qui peut varier selon les circonstances et les obstacles et contraintes qui se dressent sur sa voie. La notion de souci de soi, cette pratique antique qui permettait

aux anciens de s'épanouir par la maîtrise d'eux-mêmes, permet d'exercer, selon Foucault (1984), une forme de résistance face aux principes de normativité sociale.

Mais, malgré cette mise en lumière des pratiques de subjectivation, il n'en demeure pas moins que l'œuvre de Foucault repose en grande partie sur un exercice de démythification des mécanismes de pouvoir et des pratiques normalisantes avec lesquelles les individus doivent quotidiennement conjuguer, et c'est en ce sens qu'elle a été, à maintes reprises, utilisée par des penseurs des sciences sociales, dont de nombreux sociologues de la santé. Plusieurs auteurs ont ainsi dénoncé, à travers leurs analyses de la médicalisation et de ses divers mécanismes, les formes contemporaines de normalisation et de contrôle social, orientées notamment par les institutions médicales et pharmaceutiques. Faisant régulièrement appel à des propositions théoriques inspirées de la pensée de Foucault, ces auteurs ont cherché à dépasser la simple relation médecin-patient pour mieux mettre en lumière les stratégies de pouvoir et de contre-pouvoir à l'œuvre dans les mécanismes de médicalisation et de pathologisation de l'existence humaine (Bert, 2009).

Réparti en d'infinis, bien qu'inévitables, rapports de force, le pouvoir est, selon la perspective foucauldienne, sollicité de toute part dans la construction et la définition des réalités pathologiques et des traitements proposés. Deborah Lupton a publié une analyse de l'utilisation de la pensée de Foucault et de ses héritiers intellectuels dans les écrits sur la médicalisation. Ces écrits proposent, souligne-t-elle, pour la plupart une sombre vision de la médicalisation où la vie humaine est profondément expérimentée et interprétée à travers les discours et les pratiques de la médecine. Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, la littérature à caractère sociologique a régulièrement attribué à la profession médicale un pouvoir disciplinaire qui, sous le couvert d'objectifs indiscutables de prévention et de guérison, a pour fonction de réguler les corps par des techniques normalisantes telles que l'observation, la mesure, l'examen, la surveillance et la comparaison, alors qu'un corps « découvert » est toujours plus susceptible de se plier aux normes sociales (Lupton, 2005; Collucci, 2006).

La pensée de Foucault a ainsi largement influencé les interprétations du terme médicalisation par la mise en lumière d'un biopouvoir s'exerçant à travers des modes disciplinaires et une gestion étatique des populations et qui opère un « double déplacement qui fait toute la force heuristique de cette analyse : d'une part, le politique s'exerce sur des objets qui n'étaient jusqu'alors pas considérés comme en relevant (le corps, la vie); d'autre part, les agencements par lesquels il s'exerce n'appartiennent pas aux catégories usuelles du pouvoir institué (micropénalité, gouvernementalité) » (Fassin, 1998, p. 9).



Pour de nombreux auteurs sur la médicalisation qui se sont inspirés des propositions théoriques de Foucault, la vie et le corps – individuel et social – sont devenus des enjeux importants pour le développement des individus et des collectivités, contribuant à légitimer l'intervention de techniques disciplinaires qui en assurent la régulation en fonction d'un système normatif (Bert, 2009).

D'ailleurs, ce biopouvoir, qui s'exerce par le contrôle et la prise en charge de toutes les composantes de l'existence humaine, gère désormais la vie par la norme davantage que par la loi. La préoccupation morale se subsiste autrement dit à l'obligation et l'interdit avec une efficacité d'autant plus désarmante que « les rapports de pouvoir peuvent passer matériellement dans l'épaisseur même des corps sans avoir à être relayés par la représentation du sujet » (Foucault, 2001, p. 231). L'obtention d'une santé parfaite requière dans cet esprit une utilisation limitée des modes de coercition législatifs, faisant plutôt appel à un système normatif et des pratiques normalisantes. Aussi, c'est désormais « l'âme du contrevenant » davantage que son corps qui est désormais ciblée par un ensemble de micro-pénalités pour quiconque refuse de se soumettre aux normes de santé. La stigmatisation guette les déviants que la médecine se doit de ramener sur le droit chemin. Mais surtout, la force de ce système est sa capacité à laisser entendre aux individus qu'ils sont à l'origine de leurs actions, de leur propension à acquérir des aptitudes individuelles et des comportements sains et responsables. Cette formation des sujets est produite par l'intériorisation des normes en vigueur voulant qu'il soit nécessaire de se protéger des divers dangers inhérents à la vie humaine.

Ainsi, la médecine n'a plus d'extérieur alors que tous les corps, malades et potentiellement malades, sont désormais objets de connaissances et d'interventions médicales sur lesquels s'applique un savoir de plus en plus complet et diffus (Sanni Yaya, 2009). Pourvus d'une légitimité extraordinaire, un nombre toujours grandissant de professionnels de la santé sont aujourd'hui habiletés à faire respecter les normes de santé et à définir le normal et le pathologique.

Au cours des dernières décennies, le pouvoir médical a totalement investi les sciences du vivant et sa souveraineté s'exerce sur des sujets sommés d'obéir aux *lois*, à la *discipline* et la police de la médecine et sur des individus tenus de se plier aux *normes*. Le biopouvoir dans son déploiement caractérise aujourd'hui un mode de gestion et de stratégie autour de la fabrique du vivant, à la fois riche en promesses et dénonçable par ce qu'il implique en terme de normalisation du corps et de l'esprit. Si la police médicale a pour objet de garantir la bonne santé des individus et par surcroît la productivité des sujets, ce qu'elle vise dans une certaine mesure à féconder le bonheur des hommes et à en faire l'instrument de l'État et des grands empires (Sanni Yaya, 2009, p. 408).



Bref, la gestion du risque, la prévention des maladies, la promotion de la santé, la création de maladies ou encore l'extension du champ de compétence de la médecine – toutes des composantes associées au processus, phénomène et concept de médicalisation – s'inscrivent dans une volonté de contrôle social des individus et leur façonnement en regard aux normes sociales en vigueur. La médecine « répond à un autre motif qui n'est pas la demande du malade, qui ne prévaut que dans des cas beaucoup plus limités. Plus fréquemment, la médecine s'impose à l'individu, malade ou non, comme acte d'autorité » (Foucault, 2001, p. 49).

Deborah Lupton nous met toutefois aussi en garde contre une interprétation excessive des théories de Foucault qui tend à faire porter tout le blâme de la médicalisation sur la profession médicale. Si plusieurs auteurs de notre corpus ont accusé la médecine d'être à l'origine même de la médicalisation de l'existence humaine par son désir, toujours plus fort, de pouvoir et de prestige, Foucault pour sa part entrevoit davantage les médecins comme des courroies de transmission dans un ensemble social porté par des dynamiques de pouvoir complexes et multiples. Selon Lupton, « Foucault scholars tend to argue that the clinical gaze is not intentional in term of originating from a particular type of group seeking domination over others. There is not a single medicine but a series of loosely linked assemblages, each with different rationalities » (Lupton, 2005, p. 250).

La profession médicale exerce donc surtout un rôle de facilitateur dans le processus et phénomène de la médicalisation plutôt que d'en être une véritable figure de domination, ce qui ne veut pas dire pour autant que cette médecine soit reléguée au second rang pour son implication dans la reconfiguration des réalités pathologiques et l'élargissement de son champ de compétence. Au contraire, la profession médicale exerce, par la légitimité sociale et scientifique qu'elle détient, une influence considérable sur la transformation des cadres normatifs et des exigences sociales, et sur la réponse des individus et des collectivités à ces normes. La médecine participe activement à la production de discours et de pratiques axés sur le bien-être de la population et l'amélioration de ses conditions d'existence, voire même à la régulation des corps. Quelques voix dissidentes – dont celles de Lupton (2005), Nye (2003) et Panese et Barras (2009) – refusent néanmoins d'entrevoir la médecine comme la pièce maîtresse d'un dispositif de gestion de la vie où la « vérité » médicale serait acceptée passivement. La médicalisation réfère donc à un enchevêtrement complet de mécanismes, de techniques disciplinaires, de normes sociales, d'institutions et d'acteurs aux motivations diverses et qui tous participant à cette reconfiguration pathologique des réalités inhérentes à l'existence humaine.

« From a Foucauldian perspective, “demedicalizing” the body, or viewing it through an alternative frames of reference that are not medical, may well lead to different, but not more “authentic” modes of subjectivity or embodiment. [...] Encouraging individuals to engage in preventive health activities possibly avoids one form of “medicalisation” (clinical). On the other hand, it takes up another form (preventive medicine and “self-care”) that moves medical and health concerns into every corner of everyday life » (Lupton, 2005, p. 256).

Toujours selon Lupton (2005), la critique orthodoxe de la médicalisation (« the orthodox medicalisation critique »), largement héritière d'un cadre d'inspiration foucauldienne, tend à se représenter le pouvoir médical comme un stricte outil coercitif confinant les patients à la simple interprétation et gestion biomédicale des problèmes sociaux. « Indeed, at its most extreme, the conception of power as “everywhere”, as an inevitable element of knowledge and as constitutive of reality, tends to suggest the individuals are enmeshed in a sticky web of medical power from which they will never be able to emerge, their struggles only further imprisoning them » explique-t-elle (Lupton, 2005, p. 251). La médicalisation rend dans cette perspective la population captive des discours et des pratiques médicales dans une relation asymétrique de pouvoir. Pris au piège d'une médecine « panoptique » dont les techniques de surveillance investissent chaque fois plus intimement le corps des individus, ces derniers sont décrits, par l'approche critique, comme des êtres incapables de prendre en charge leur santé et le traitement de leurs maladies, ni même de collaborer activement avec leurs médecins dans les choix thérapeutiques qui les concernent directement. Bien que cette approche ait été extrêmement bénéfique pour le développement de la pensée sociologique, elle a pour Lupton et plusieurs autres auteurs (Riessman, 1983; Conrad, 2006; Panese et Barras, 2009) certainement le défaut de ne pas être suffisamment nuancée :

« One major difficulty with the orthodox medicalisation critique is its rather black-and-white portrayal of Western medicine as largely detracting from rather improving people's health status, of doctors as intent on increasing their power over their patients rather than seeking to help them, and of patients as largely helpless, passive and disempowered, their agency crushed beneath the might of the medical profession. Indeed, in much of this literature, “the asymmetry of the relationship is exaggerated to the point that the lay client becomes not the beneficiary but the *victim* of the consultation (Atkinson, 1995, p. 33)” » (Lupton, 2005, p. 248).

Aussi, si de nombreux auteurs ont cherché à comprendre la médicalisation par l'analyse des structures sociales et des relations de pouvoir à l'œuvre, il n'en demeure pas moins que très rapidement d'autres auteurs ont ressenti le besoin de mettre davantage en lumière le rôle joué par les individus et les patients dans l'orientation de ce processus et phénomène qu'est la médicalisation (Riessman, 1983; Ballard et Elston, 2005; Conrad, 2005, 2006; Furedi, 2006). Ils ont tour à tour questionné les interprétations de la médicalisation mises de l'avant par plusieurs de leurs prédécesseurs et contemporains, qui font notamment appel, comme nous l'avons vu, à des univers conceptuels

d'inspiration constructiviste, marxiste et foucaldien. Jugeant leurs interprétations trop systématiques et déterministes, ils reprochent également aux tenants de ces approches de ne pas suffisamment tenir compte des actions individuelles et des interactions symboliques dans leurs analyses des mécanismes de définition du normal et du pathologique et des pratiques d'interventions thérapeutiques. À force de constamment orienter notre attention sur l'attitude hégémonique exprimée par certains acteurs (dont la profession médicale et l'industrie pharmaceutique par exemple) et la surveillance continue que doivent subir les patients, on en vient à passer outre les moyens dont disposent les individus pour questionner, négocier ou encore transformer les discours et les pratiques médicales.

### 7.3 Prédominance de l'action, des interactions et des stratégies dans l'analyse de la médicalisation

Les univers théoriques décrits précédemment, présents dans la littérature sociologique depuis l'émergence du terme médicalisation il y a maintenant quarante ans, ont souvent été l'objet de reproches. Plusieurs auteurs ont remis en question cette approche voulant que la médicalisation puisse être interprétée d'abord et avant tout à la lumière des structures sociales et des mécanismes de domination. Bien que plusieurs contemporains, dont Dupuy (2004), Gori et Del Volgo (2004) et Sanni Yaya (2009), demeurent des représentants d'une interprétation de la médicalisation influencée par des propositions théoriques d'inspiration constructiviste, marxiste et foucaldienne, il n'en demeure pas moins que ces cadres d'interprétation de la médicalisation ne sont plus les seules perspectives désormais présentées dans les ouvrages sociologiques. Comme nous l'avons vu au cours des chapitres précédents, de plus en plus d'auteurs se proposent de saisir les dynamiques sociales à l'œuvre dans le processus et phénomène de la médicalisation, dont notamment l'influence exercée par les individus eux-mêmes dans l'orientation des mécanismes de la médicalisation. Notre deuxième axe d'analyse positionne ainsi l'analyse de l'action, des acteurs et des interactions au centre de l'étude de la médicalisation. Encore une fois, nous avons décelé à travers cet axe d'analyse trois principaux univers théoriques inspirés de l'interactionnisme, de l'individualisme méthodologique et des propositions théoriques de Giddens et Beck. Les racines intellectuelles de la médicalisation ne se situent donc pas uniquement dans des approches où prédominent les structures et normes sociales, mais aussi dans des approches qui mettent l'accent sur les motivations des patients et leur capacité à influencer la trajectoire de la médicalisation.

### 7.3.1 L'influence interactionniste. Interprétation, négociation et subjectivité

Malgré une pluralité théorique et des orientations diverses, le courant d'inspiration interactionniste est globalement axé sur les notions de soi, d'interprétation subjective, d'identité et de rôle des acteurs au sein même de la société à laquelle ils participent. L'interactionnisme repose notamment sur le principe fondamental qui veut que l'action individuelle soit guidée par le sens qui s'en dégage pour l'individu, cette signification étant elle-même orientée par les interactions entre les individus dans un processus constant de réinterprétation des objets rencontrés. La signification de ces objets, conduites ou événements repose donc non pas uniquement sur leur nature ontologique, mais aussi, et surtout sur les réactions qu'ils suscitent. C'est donc dire que l'approche d'inspiration interactionniste cherche d'abord et avant tout à saisir les mécanismes à l'œuvre dans la construction ininterrompue des significations, processus de création dans lequel sont activement engagés les acteurs.

Cette approche ne remet aucunement en question l'existence de puissantes institutions et normes sociales, mais elle refuse toutefois de concevoir que ces normes puissent être imposées passivement aux individus. « Les normes sociales n'existent et ne se maintiennent que grâce à l'utilisation par les acteurs en situation, de schémas d'interprétation identiques, qui ne perdurent à leur tour qu'à raison de leur confirmation constante dans les cours d'action, et en particulier grâce aux définitions produites par autrui », expliquent De Quieroz et Ziotkowski (1997, p. 32). L'ordre social ne peut donc se maintenir qu'à l'intérieur même d'un ordre interactionnel où les concepts de structure et de système tendent à faire place aux notions d'interactions et de significations dans une vision non déterministe de la vie sociale. La société est d'abord et avant tout le produit d'un ensemble d'actions individuelles et collectives qui se répercutent et façonnent les institutions et normes sociales. La coopération nécessaire au bon fonctionnement de la société n'est toutefois pas toujours synonyme d'entente, les conflits et débats constituant assurément l'un des principaux modes de gestion et de transformation de l'ordre social. Si les actions individuelles et collectives reposent sur des structures et des normes sociales connues, acceptées, voire même institutionnalisées, il n'en demeure pas moins que ces structures et normes sont constamment appelées à être manipulées et modifiées par les processus d'interaction. La fluidité et l'instabilité sont les caractéristiques premières de l'ordre social, perpétuellement médiatisé par l'action et l'interprétation des acteurs sociaux qui gravitent au sein même de cet ordre.

*L'ordre social n'est ni stable, ni figé : l'indétermination y règne largement et les changements y sont constants [...]. On ne part pas d'un système de normes ou valeurs dont la force contraignante serait lisible dans les situations observables. On ne part pas de « forces sociales » ou de contraintes structurantes préexistantes dont les acteurs seraient les incarnations (De Quieroz et Ziotkowski, 1997, p. 66).*



Les schémas interprétatifs ne sont pas non plus des entités immuables, les significations anciennes côtoyant ou étant régulièrement remplacées par de nouvelles. Aussi, malgré la primauté de l'action et des interactions individuelles, toutes les actions et significations ne se voient pas automatiquement autorisées socialement, les individus ayant inévitablement intériorisé, certes à un degré plus ou moins fort, les catégories morales et les règles de la société à laquelle ils participent. Les propositions théoriques d'inspiration interactionniste cherchent donc à mettre l'accent sur le rôle des subjectivités dans le façonnement et la compréhension des réalités sociales, tout en tenant compte des conditions « objectives » qui les encadrent. Ils rejettent une conception de l'acteur assujettit et passif, lui préférant l'image d'un individu en contrôle de lui-même, capable d'identifier ses besoins et ses objectifs personnels, et d'orienter et de négocier ses actions en fonction des circonstances et des règles sociales en vigueur. Les normes existent et sont nécessaires au maintien de l'ordre social. La liberté du sujet ne signifie pas pour autant qu'il puisse transcender la norme et la modifier en regard de ses besoins et ses motivations, mais au contraire, qu'il puisse agir à l'intérieur des balises fixées par les normes afin de s'accomplir selon ses propres motifs et corriger des problèmes de significations qui peuvent affecter ses actions.

Aussi, l'individu n'est pas une entité biologique immuable, mais un être social dont l'identité se construit et se transforme au gré des « accidents biographiques » et des diverses influences exercées par ses multiples groupes de référence (De Quieroz et Ziotkowski, 1997). L'approche interactionniste dégage ainsi une vision fondamentalement antidéterministe de l'acteur social alors que chaque individu doit s'appuyer sur sa propre capacité réflexive pour influencer et orienter ses actions et les phénomènes sociaux en fonction de ses attentes personnelles. Le concept de stratégie employé par l'approche d'inspiration interactionniste révèle dès lors toute son importance en témoignant du caractère actif et conscient de l'activité humaine. Analyser les actions individuelles en termes de stratégies « revient à être suffisamment entré dans la "perspective" des acteurs et suffisamment instruits de la manière dont eux-mêmes comprennent leur situation, pour pouvoir exhiber une cohérence, là où ne sont souvent perçues qu'attitudes irrationnelles, inadaptées ou simplement incompréhensibles » (De Quieroz, Ziotkowski, 1997, p. 119).

Ainsi, reconnaissant que les dynamiques de pouvoir agissent et se transforment inévitablement à travers les situations de conflits et de résistances, on retrouve dans les propositions théoriques d'inspiration interactionniste cette idée que la définition et l'expérience de la maladie puissent être influencées par le déroulement des interactions sociales et la subjectivité de l'acteur. Mettant de l'avant une conception foncièrement relativiste, la trajectoire du normal et du pathologique y est alors



appréhendée davantage en regard aux intentions, motivations et significations individuelles qu'à des intérêts collectifs ou corporatifs. Empruntant à Parsons l'idée d'un rôle de malade, les interactionnistes refusent toutefois d'y voir uniquement l'inscription normative et structurelle du malade, mais aussi le produit des réactions individuelles face à l'épreuve que représente la maladie (Gerhardt, 1989).

L'approche d'inspiration interactionniste est aussi fortement imprégnée d'une perspective constructiviste, à la différence que la construction du normal et du pathologique ne découle pas dans cette perspective uniquement des normes et institutions sociales en place, mais aussi des actions et interactions symboliques. Les déviances et les maladies sont non seulement des manifestations biologiques, mais aussi et surtout des manifestations sociales ayant pour conséquence de mettre à l'index les individus hors-norme, de les expulser symboliquement et parfois matériellement de la société (De Quieroz et Ziokowski, 1997). Ainsi, l'étiquette sociale apposée à l'individu déviant ou malade ne résulte pas tant d'une transgression des normes sociales, mais plutôt de la réaction et de la condamnation sociale qui découlent de cette transgression, et de l'intériorisation, à des degrés divers, de ce rôle de déviant par les individus eux-mêmes. Par conséquent, « while disease may be "there", it is what we, as social beings, think and do about it that determines the content of our lives. [...] Illness as such may be biological, but the idea of illness is not » (Freidson, 1970, p. 209 dans Gerhardt, 1989, p. 85).

Ce sont donc les réactions individuelles et sociales qui forment les déviances, le normal et le pathologique étant davantage des points de vue que des faits biologiques. L'approche d'inspiration interactionniste reconnaît donc l'existence de normes sociales face auxquelles les individus ne possèdent qu'une certaine marge de manœuvre, ces individus ne pouvant constamment modifier ou résister à ces normes. En se positionnant davantage vers les acteurs, cette approche cherche à mettre en lumière les mécanismes de production des normes sociales, notamment celles relatives à la santé et la maladie, et leurs interprétations et transformations par les acteurs sociaux. C'est donc davantage le rapport aux normes qui préoccupent les interactionnistes que la nature des normes en elle-même (De Quieroz et Ziokowski, 1997).

Aussi, contrairement à Parsons qui considérait le rôle de malade, sauf exception, comme un état temporaire et transitoire, l'approche d'inspiration interactionniste entrevoit dans le rôle de malade un statut potentiellement permanent alors que suite à un processus de validation, les individus et les membres de leur entourage intériorisent cette étiquette sociale qui leur est attribuée. « Without validation, diagnosis would fail to have an influence on behavioral conduct, self-perception, or life

expectancy » (Gerhardt, 1989, p. 137). Le rôle et l'identité du malade sont constamment susceptibles d'être fusionnés, plusieurs personnes en venant même à interpréter les actions individuelles en regard à la présence de la maladie.

« The argument has come full circle. Because the individual occupied an illness « master status » and performs the role related to it, and because the nature of this role facilitates deterioration of normal behavioral controls, the individual in a labelled social position ("sick role") does what he or she is supposed to do: act sick. Thus, sickness is now seen to be produced by the role, not vice versa. The disabling symptoms or pain may be present but are seen to derive also from the individual's incumbency of the sick role » (Gerhardt, 1989, p. 110).

Si certaines des propositions théoriques d'inspiration interactionniste ont aussi conçu l'étiquetage social et les divers traitements proposés/imposés aux déviants comme les marques d'un acte de pouvoir visant à garder captif ces derniers, une majorité d'entre elles ont toutefois rejeté l'existence de cette fameuse cage dorée. Bien que la pratique médicale puisse porter en elle une puissante orientation disciplinaire, il n'en demeure pas moins qu'il y subsiste, pour les patients, un certain espace de négociation, contrecarrant cette image régulièrement véhiculée de l'emprisonnement des populations dans un processus sans fin de médicalisation guidé strictement par l'impérialisme des experts médicaux, d'entreprises privées ou encore des États par exemple. Les patients possèdent au contraire une certaine marge de manœuvre pour renégocier l'ordre social et les normes qui le composent. Si les consensus qui forment ces normes peuvent en tout temps être assujettis au débat social, il en va de même pour les processus de construction du normal et du pathologique et de sélection des pratiques thérapeutiques. Encore aujourd'hui contrôlé par les médecins, le diagnostic notamment demeure un épisode décisif dans la construction identitaire du patient : d'un individu en santé ayant la capacité de fonctionner, donc de mener son existence telle qu'il l'entend, il devient un individu malade dont les capacités se voient réduites, bref un individu hors-norme. La réaction de l'individu suite à l'annonce du diagnostic, et sa validation ou invalidation par ce dernier, joue donc un rôle important sur le choix des traitements et les comportements adoptés par l'individu malade. Et pour cause : « attribution of identity does not equal acceptance of it (Novas and Rose 2000). Interactionist labeling theory again becomes relevant, raising questions of power – who gets to label whom, with what consequences, and what "responses" may occur? » (Clarke et coll., 2003, p.183).

Aussi, même si l'approche d'inspiration interactionniste reconnaît qu'il puisse exister un différentiel de pouvoir dans la relation médecin-patient, elle refuse de céder à l'image du patient passif dont l'avenir demeure à la merci des décisions de l'institution médicale et de ses experts. Être médecin ou patient « is not something that you just passively *are*, it is something that you have to *do*, something that has

to be managed and pulled off » (Turner, 1978, p. 124 dans Gerhardt, 1989, p. 144). À ce titre notamment, l'analyse des interactions sociales nous renseigne sur la capacité qu'ont les futurs médecins à apprendre rapidement à contrôler le déroulement d'une consultation médicale, ce à quoi les patients sont pour leur part peu habiletés à faire. Et pourtant, il n'est pas impossible pour les patients d'apprendre, comme l'ont fait les médecins, à orienter le cours des discussions, à argumenter ou encore à convaincre les médecins d'envisager leur hypothèse de diagnostic ou leur proposition de traitements, surtout dans le contexte d'une plus grande démocratisation du savoir médical. Posséder le langage médical peut permettre de modifier la dynamique des rapports médecin-patient et leurs interactions, et ainsi d'influencer les pratiques médicales. Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, il n'est pas rare de croiser des individus cherchant, pour diverses raisons personnelles, économiques ou sociales, à voir leur réalité ou leurs symptômes être reconnus médicalement. D'ailleurs, le rôle de malade se décline en plusieurs trajectoires possibles, chacune possédant ses caractéristiques propres influencées entre autres par les interactions sociales, l'attitude du malade et la conjoncture culturelle, sociale, politique et économique. Ainsi, chaque patient est à même d'interpréter sa maladie et ses symptômes selon des indicateurs qui lui sont propres, et dont les répercussions se feront inévitablement sentir dans le choix des pratiques thérapeutiques.

Aussi, il arrive que le patient veuille éviter que son identité ne soit complètement absorbée et transformée par sa nouvelle réalité pathologique, refusant de n'être qu'un individu malade, à ses yeux et aux yeux des autres. Le patient doit donc apprendre à « faire face » et à « vivre avec » sa maladie, d'où l'usage de multiples stratégies, dont des pratiques thérapeutiques, afin de diminuer autant que possible l'incapacité et la stigmatisation souvent associées à la maladie et la déviance. Cette stratégie peut s'actualiser dans différentes sphères de la vie du malade, comme par son implication, par exemple, dans le processus décisionnel des choix thérapeutiques disponibles, dans sa façon de se présenter aux autres, ou encore par l'utilisation maximale des ressources personnelles, familiales, sociales, etc. qui lui sont accessibles afin d'assurer dans la mesure du possible son plus grand bien-être dans ces circonstances particulières.

« The adjusted sociopathic person is simply one who accepts his status, role, and self-definition... [Such acceptance] frees a fund of energy which hitherto has been consumed in a continuous struggle to repudiate the societal definition... Even today in our society if a blind person can accept the unrealistic and sentimental attributed of the public toward his handicap, he can exploit them very profitably and live very comfortably in the community. He becomes a professional blind man » (Lemert, 1951, p. 96 dans Gerhardt, 1989, p. 108).

Ainsi, s'il ne fait aucun doute que la médicalisation et la reconfiguration pathologique de conditions, événements et préoccupations inhérentes à l'existence humaine puissent être saisies dans leur rapport aux structures sociales et mécanismes de domination, ces dernières peuvent être aussi interprétées à la lumière des interactions sociales et des actions individuelles. La trajectoire empruntée par le processus et phénomène de la médicalisation est bien plus que le simple fruit des plus récents développements technoscientifiques et thérapeutiques. Elle est aussi guidée par un ensemble d'interactions sociales entre de nombreux acteurs – individuels et collectifs – dont les actions, préoccupations et discours sont constamment susceptibles de la réorienter.

### 7.3.2 L'influence de l'individualisme méthodologique. Rationalité et action stratégique

La perspective interactionniste n'est pas la seule proposition théorique en sociologie qui identifie chez l'acteur une certaine capacité de négociation. Popularisé notamment par le sociologue français Raymond Boudon, l'individualisme méthodologique met en lumière la place occupée par les acteurs dans l'analyse des phénomènes sociaux. Notre deuxième axe d'analyse, qui met l'accent sur l'action, les acteurs et les interactions dans l'étude du champ sémantique de la médicalisation, rejoint donc également un univers théorique inspiré de l'individualisme méthodologique.

De façon générale, ce paradigme sociologique considère les individus comme étant les atomes de base dans l'analyse des processus sociaux (Corcuff, 2008). Il demeure indispensable, pour les défenseurs de cette approche, de prendre en compte les comportements, les rationalités, les logiques et les représentations des acteurs, ainsi que le sens qu'ils accordent à leurs actions, pour viser à une compréhension plus juste des phénomènes sociaux. Il s'agit donc de comprendre les sociétés selon les motivations, intérêts et actions des individus qui les composent. L'individualisme revêt dans ce cas le rôle d'explication alors que les phénomènes macroscopiques (collectifs) sont toujours entrevus comme le résultat des actions, croyances ou attitudes d'individus, c'est-à-dire de composantes microscopiques (Valade, 2001). Aussi, un cadre sociologique peut être inspiré par l'individualisme méthodologique lorsque les interprétations qu'il supporte mettent en avant-plan les comportements et actions individuelles, sans toutefois pour autant négliger totalement le caractère global de la société dans lequel ces individus s'insèrent.

Selon Boudon, l'individualisme méthodologique met ainsi de l'avant une démarche amorcée par Weber, pour qui l'analyse sociologique se devait en premier lieu d'explorer l'unité individuelle de l'action sociale.



Pour Weber, on ne peut [...] négliger l'évidence selon laquelle les causes réelles des phénomènes sociaux ont pour origine les acteurs individuels, leurs actions, choix, décisions, motivations, attitudes et croyances. La bonne explication d'un phénomène social est donc celle qui le ramène à ses causes individuelles, lesquelles doivent être établies par des procédures scientifiques (Boudon, 2002, p. 12).

Il s'agit donc, pour expliquer un phénomène social, d'identifier les actions individuelles qui le composent. Ainsi, dépeindre des phénomènes, par la présentation de situations particulières ou de distributions statistiques, passe d'abord et avant tout par l'agrégation de comportements individuels. Aussi, comme l'explique Boudon, la compréhension du social procède en premier lieu, selon l'individualisme méthodologique, par l'analyse des rationalités individuelles afin de saisir leurs « effets de composition » (Assogba, 1999). La somme de chacune de ces actions contribue alors de fait à créer et alimenter un phénomène social, dont les résultats peuvent avoir été souhaités ou non. Le monde social est donc constitué de sujets individuels tous plus ou moins indépendants et dont les actions varient selon leur compréhension de la situation et les ressources dont ils disposent. C'est donc dire que les sociétés, les institutions et les événements résultent d'une configuration unique dont les trajectoires sont indéniablement influencées par les individus qui les composent, leurs croyances, leurs motivations et leur environnement.

Ainsi, les tenants de cette approche ont souvent reproché à de nombreux sociologues de délaisser, volontairement ou non, dans leurs analyses les raisonnements individuels, leurs interactions et les organisations informelles des individus, qui sont pourtant des composantes essentielles au maintien des sociétés et à leur transformation. Les détracteurs de l'individualisme méthodologique semblent oublier dans leur programme de recherche que les acteurs sociaux, tels des entrepreneurs, n'hésitent souvent pas à manipuler les relations personnelles dans le but d'atteindre leurs objectifs (Olivier de Sardan, 2008). Mais, en fait, pour Boudon, il existe plusieurs raisons qui peuvent pousser un individu à agir comme il l'entend et la rationalité dont il sait faire preuve ne signifie pas pour autant qu'il soit dépourvu de toute affectivité.

Les raisons qui inspirent les comportements, les attitudes, les croyances de l'acteur et leur donnent sens à ses yeux lui sont dictées dans certains cas – mais dans certains cas seulement – par son intérêt égoïste et peuvent prendre alors la forme du ccb [calcul coût-bénéfice]. Dans d'autres cas, les raisons de l'acteur relèvent de la rationalité cognitive : lorsque son objectif premier est de rechercher le vrai, dans la mesure de ses moyens. Dans d'autres cas, les raisons de l'acteur relèvent de la rationalité axiologique : son objectif est de déterminer, ici encore dans la mesure de ses moyens, ce qu'il est bien, légitime, etc. de faire dans telle ou telle circonstance (Boudon, 2002, p. 29).



Aussi, il faut résister à la tentation de développer une vision atomiste des sociétés alors que les individus sont toujours partie prenante d'un système social. Mais si leurs actions, croyances et valeurs sont insérées dans un système de contraintes, ces dernières ne déterminent pas entièrement les comportements individuels, laissant à chacun des membres d'une société une marge de manœuvre plus ou moins grande selon, entre autres, les ressources dont ils disposent (Assogba, 1999; Valade, 2001). Sans faire fi des contraintes qui restreignent le champ d'action individuelle, les propositions théoriques inspirées de l'individualisme méthodologique refusent d'attribuer le comportement des individus uniquement à la présence de ces contraintes et obstacles y voyant plutôt des éléments qui permettent d'interpréter l'action individuelle. Les contraintes sociales sont éminemment présentes, « mais c'est toujours l'axiomatique de l'individu rationnel qui se trouve rapportée aux données structurelles ou institutionnelles » (Valade, 2001, p. 375). Conscients et responsables de leurs paroles et comportements, les sujets participent activement à la composition de faits sociaux aux conséquences individuelles et collectives multiples, et dont les effets ne sont pas nécessairement ceux attendus. Ainsi, la société se nourrit des actions et motivations individuelles sans toutefois que le résultat de ces actions ne soit entièrement connu d'avance, alors que de la somme de ces actions individuelles peut résulter des effets pervers ou des effets dits émergents.

En définitive, les propositions théoriques inspirées de l'individualisme méthodologique nous amènent à reconnaître le caractère ambigu des dynamiques de pouvoir qui unissent les différents acteurs impliqués dans le processus et phénomène de la médicalisation. Il serait faux de croire que les médecins et les patients, notamment, sont constamment figés dans des positions drastiquement opposées. La définition des frontières entre le normal et le pathologique et des traitements appropriés par les groupes dits dominants comme la profession médicale et l'industrie pharmaceutique implique inévitablement un certain degré de complicité de la part des autres acteurs de la médicalisation dont les patients, et ce d'autant plus dans le contexte d'une pathologisation généralisée de la vie et de la population tout entière. Cette complicité s'actualise souvent dans un jeu de collaboration, mais peut aussi prendre la forme de résistances alors que tous ces acteurs cherchent d'abord et avant tout à satisfaire leurs propres intérêts et bénéfices. Sentinelles de leur propre corps et des manifestations potentielles de maladies, il n'est pas rare que des individus cherchent à influencer le cours d'une consultation médicale, le diagnostic posé et les traitements qui leur sont proposés.

Bref, l'approche proposée par l'individualisme méthodologique nous incite à refuser de voir dans la médicalisation le lieu d'une perpétuelle confrontation entre les groupes sociaux dominants et dominés. La médicalisation n'est pas le résultat de la domination et manipulation passive des patients, des

médecins ou encore de grandes corporations par exemple, mais d'une relation – certes souvent inégale selon les situations – entre des acteurs capables, jusque dans une certaine mesure, d'autodétermination. Tous sont dotés d'une capacité réflexive, même si à première vue certains patients semblent accepter docilement les conseils et propositions, voire même les décisions prises par leurs médecins.

« [They] rather could be seen as engaging in practices of the self that they consider are vital to their own well-being and freedom from discomfort or pain. [...] In each case, the individual has a personal, emotional investment in presenting her – or himself in a certain manner, as a certain "type of person" engaged in "rational" and "civilized" behaviour consonant with her or his social or embodied position at the time » (Lupton, 2005, p. 254).

Ainsi si peu d'auteurs, parmi ceux sélectionnés pour notre corpus, ont reconnu les bénéfices de la médicalisation dans l'amélioration de l'état de santé des populations, le perfectionnement des pratiques thérapeutiques et la capacité de soulager la douleur et la souffrance des malades, ils sont de plus en plus nombreux à rejeter une vision colonisatrice de la médecine et à chercher à replacer le patient – avec ses motivations et possibilités d'actions – au cœur du processus de la médicalisation. La rationalité de l'acteur est désormais à prendre en considération pour être à même de saisir les multiples facettes de ce processus et phénomène social, dans le contexte d'une médicalisation de moins en moins subie et de plus en plus négociée.

### 7.3.3 L'influence des travaux de Giddens et Beck. Réflexivité, risques et incertitude

C'est principalement au tournant des années 1980 – alors qu'éclatent les balises sur lesquelles reposent la conception d'un État-providence au profit d'une perspective davantage orientée vers le « chacun pour soi » – que s'est davantage répandue l'idée d'un individu « maître » de sa trajectoire de vie et du sens accordé à ses propres actions. Cette perspective marquée par un individualisme institutionnalisé se renforce au moment même où surgit l'idée que la société et ses institutions sont désormais incapables de transmettre adéquatement aux individus et collectivités des normes d'action. Ainsi, il ne s'agit plus seulement de chercher à réhabiliter dans les analyses sociologiques une réalité sociale jusqu'alors négligée, à savoir le rôle des acteurs, de la subjectivité et des interactions dans le fonctionnement du social. Les dernières décennies ont plutôt fait émerger une autre manière de concevoir le fonctionnement même de la société moderne alors que l'individu y occupe une place jusqu'alors inégalée dans l'histoire.

Les propositions théoriques de Beck et Giddens illustrent cette transformation par une société marquée par un individualisme accru, alors que tous deux considèrent que la modernité avancée conduit

inévitablement à une sélection individuelle des trajectoires de vie. Les individus ont désormais l'obligation sociale et morale de « choisir » leur vie, d'orienter l'itinéraire de leur propre existence selon leurs besoins, ressources, attentes et champs d'intérêt. C'est donc dorénavant les individus, et non les groupes sociaux, qui sont au cœur de l'attention et des pratiques d'intervention des institutions. Alors que la société industrielle avait assigné aux individus un statut social en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques, la période actuelle tend de plus en plus à passer outre ces conditions d'existence et caractères individuels – sans toutefois les annuler complètement – dans l'orientation des processus de mobilité sociale et d'accomplissement de soi.

[...] au cours du processus de modernisation de l'État-providence qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, a eu lieu une *poussée sociale de l'individualisation* d'une ampleur et d'une intensité sans précédent (et, qui plus est, sans que soient réellement modifiées les relations d'inégalités). Ce qui signifie que dans un contexte où les conditions matérielles sont relativement favorables, et où l'on dispose de bonnes garanties sociales, les hommes ont été arrachés aux conditions traditionnelles des classes et aux réseaux familiaux d'entraide pour être renvoyés à eux-mêmes et à leur destin individuel sur le marché du travail avec tous les risques, toutes les chances et toutes les contradictions que cela représente (Beck, 2003, p. 158).

Mais il serait faux d'associer à ce processus sans précédent d'individualisation la possibilité d'une liberté sans bornes, les individus étant simplement portés par un autre processus historique de sociétéisation qui les enjoignent à se fabriquer à partir de nouvelles composantes sociales et individuelles. Suite à la multiplication des repères sociaux, les individus reposent aujourd'hui sous le joug de l'impératif d'être non seulement responsable de leurs actions, mais aussi d'être eux-mêmes, de construire leur propre identité. Si les normes sociales sont aujourd'hui tout aussi fortes que dans les périodes précédentes, elles s'inscrivent désormais différemment sur les corps sociaux alors qu'elles recouvrent l'ensemble des domaines de la vie personnelle (Beck, 2003).

La vie sociale est d'abord et avant tout orientée par les capacités, motivations, intérêts et besoins uniques des individus qui leur permettent de devenir, chacun à leur façon, des agents sociaux dont le degré d'influence est plus ou moins étoffé.

*C'est l'individu lui-même, qu'il soit homme ou femme, qui devient l'unité de reproduction de la sphère sociale. Ou, pour le dire autrement : les individus deviennent, à l'intérieur et à l'extérieur de la famille, les agents de leur propre subsistance médiée par le marché du travail, et les agents d'une planification et d'une organisation de leur propre biographie qui intègre ces exigences. [...] Ils se voient brutalement confrontés au principe suivant : Je suis moi [...]* (Beck, 2003, p. 162 - 236).

Dotés de compétences et d'habiletés spécifiques, les individus sont appelés à prendre des décisions rationnelles, réfléchies, conscientes, bien que ces décisions, faut-il le rappeler, demeurent ancrées jusqu'à un certain point dans des ensembles structurels constitués de règles et de normes sociales. Mais ces systèmes sociaux et leurs propriétés structurelles sont aussi le résultat des actions individuelles et collectives qui sont constamment appelées à les reconstituer dans un mouvement dynamique orienté par la conjoncture économique, sociale, politique et historique (Lallement, 1993). « Dans toutes les dimensions de la biographie, on voit apparaître de nouvelles *possibilités* de choix et de nouveaux choix *contraints* » (Beck, 2003, p. 257).

La notion de « dualité du structurel », tel qu'identifiée par Giddens, permet de rendre compte de la présence permanente des structures sociales, alors que ces dernières sont aussi perpétuellement modifiées au gré des motivations individuelles et de l'action humaine. Ainsi la théorie de la structuration de Giddens a pour objet ni les ensembles structurels qui composent et maintiennent la vie sociale, ni l'expérience individuelle des acteurs dans leur singularité analysés séparément, mais la relation qui les unit et donne naissance à des pratiques sociales spécifiques à une période et un endroit donné. Giddens refuse donc par le fait même toute idée d'une colonisation du social qui s'actualiserait à travers des dynamiques de pouvoir inégalement réparties entre les acteurs et les groupes sociaux (Giddens, 1987).

La vision panoptique est ici fortement limitée alors que la production d'un récit de soi fait, dans la modernité avancée, inévitablement partie des exigences quotidiennes de la vie. Bien que les possibilités d'émancipation soient encore, à des degrés divers, soumises à des contraintes de différentes natures (sociales, biologiques, environnementales, économiques, politiques, etc.), le discours dominant exige tout de même des individus qu'il fasse leur place dans la vie sociale, qu'ils deviennent producteurs d'eux-mêmes. Là réside toute la difficulté pour les acteurs forcés de constituer eux-mêmes les bases solides de leurs relations, leurs actions et leurs pensées alors que pour y parvenir ils doivent constamment négocier avec la tentation de faire appel aux institutions sociales et de suivre les standards qu'elles proposent aux individus impuissants devant la lourde tâche de se constituer eux-mêmes. Ce même discours qui incite les individus à rendre unique leurs actions et schèmes de pensée leur propose également des cadres standardisés, routiniers, pour pallier à leur incapacité de se réaliser seul et éviter l'angoisse qui peut surgir face à une telle pression (Giddens, 1987).

Cette nouvelle injonction morale pour les individus de se constituer en tant qu'agent social unique par la singularisation de leur trajectoire de vie entraîne donc également des effets pervers non négligeables

pour le développement des capacités individuelles, ouvrant la porte à une incertitude et un sentiment d'anxiété grandissant. Face à l'injonction de devenir soi-même dans un contexte où la ligne de conduite individuelle n'est plus entièrement dictée par un cadre d'action uniforme, l'individu peut facilement être pris d'un vertige considérable devant la multitude de trajectoires qui s'offrent désormais à lui. L'émancipation s'adjoint donc d'un sentiment d'insécurité alors que les individus continuent de nécessiter et de rechercher une certaine sécurité ontologique et identitaire. La vie sociale est désormais soumise à un ensemble d'incertitudes alors que la stabilité qui était autrefois censée être assurée par les institutions et les formes sociales relève désormais de la responsabilité des individus eux-mêmes et de leurs choix personnels, décisions personnelles qu'ils ne peuvent reléguer à une autre entité.

Pour l'individu, les situations institutionnelles déterminantes ne sont plus les seuls événements et les seules circonstances auxquels il est confronté, mais toujours *aussi les conséquences de décisions qu'il a prises lui-même* [...]. Dans la société individualisée, les risques n'augmentent pas seulement d'un point de vue quantitatif, on voit aussi apparaître, qualitativement, de nouvelles formes de risques personnels, et, ce qui ajoute encore un poids supplémentaire, de nouvelles formes de « culpabilité » (Beck, 2003, p. 292).

Cette sécurité ontologique, si indispensable au fonctionnement des individus et au maintien de l'ordre social est désormais confrontée à de nouveaux mécanismes de formation, laissant place à une « société du risque » caractéristique de la modernité avancée (Beck, 2003). La société et l'existence humaine sont encore aujourd'hui constamment confrontées à des situations de risques et de dangers, à la différence que ces derniers ne sont plus majoritairement le fruit de catastrophes naturelles, mais aussi et surtout de l'activité humaine elle-même. De ce nouveau profil du risque caractéristique dans la modernité avancée résulte une anticipation marquée des menaces potentielles et une volonté grandissante de contrôler ces menaces à défaut de ne pouvoir les éliminer complètement. Mais les modes d'intervention développés afin de surveiller, corriger et améliorer la vie humaine et, idéalement, d'éradiquer tout ce qui pourrait empêcher un individu de choisir, dans les moindres détails, sa trajectoire de vie peuvent aussi dresser de nouveaux obstacles à l'émancipation individuelle. « Ce n'est pas une défaillance qui produit la catastrophe, mais les systèmes qui transforment le caractère proprement humain de l'erreur en d'incompréhensibles puissances de destruction » (Beck, 2003, p. 15).

Aussi, la réflexivité est certainement l'un des principaux mécanismes employés par les individus dans ce processus de composition et de définition de soi, alors que l'individu est amené, par une succession ininterrompue d'observations, à porter de façon permanente un regard critique sur lui-même, ses



actions et ses pensées, renforçant l'espace de sa subjectivité. Pour Giddens, « la réflexivité de la vie sociale moderne, c'est l'examen et la révision constante des pratiques sociales, à la lumière des informations nouvelles concernant ces pratiques mêmes, ce qui altère ainsi constitutivement leur caractère. Toutes les formes de vie sociale sont partiellement constituées par la connaissance qu'en ont ses acteurs » (Giddens, 1994, p. 45). La société moderne avancée a autorisé le déploiement d'un ensemble toujours plus fourni de moyens individuels et collectifs visant à renforcer la capacité réflexive des individus et à leur donner les outils leur permettant de choisir, de façon autonome, leur parcours de vie. Le savoir notamment a un rôle primordial dans le déploiement de cette capacité réflexive alors que s'entremêlent à la fois une injonction de connaissance scientifique – qui permet l'accès à un savoir rationnel, objectif et cumulatif – et de connaissance de soi offrant l'accès à un savoir davantage intimiste, personnel et subjectif. La modernité avancée autorise donc un processus constant de mise à distance, de critique de soi, d'autant plus fort qu'il est endossé par un ensemble d'experts.

Cette image si forte dans la modernité avancée d'un individu maître de lui-même, responsable de ses actions et capable d'orienter sa trajectoire de vie en fonction de son projet réflexif ne fait donc pas exception dans les discours et pratiques en santé. La promotion de la santé et la prévention des maladies, par notamment l'adoption de saines habitudes de vie – discours désormais largement récupéré comme nous l'avons vu par la profession médicale – s'inscrit aujourd'hui dans cette approche d'une société individualisée dans laquelle l'individu se doit de prendre en charge la surveillance de son état de santé et de se tourner, dans le moindre doute, vers les autorités compétentes spécialisées dans le diagnostic et le traitement des maladies, c'est-à-dire les médecins. Cette injonction à l'indépendance et l'autodétermination aurait largement contribué à l'extension de la médicalisation alors que le corps est non seulement aujourd'hui vu comme une machine qu'il faille entretenir, mais aussi que l'on peut bonifier et transformer afin d'en améliorer les performances et s'assurer qu'il soit l'ambassadeur de l'individu et reflète sa personnalité. Aussi, le corps individuel devient la source de toutes les difficultés et le lieu des interventions au fur et à mesure que le corps social se décharge de cette responsabilité.

[...] les problèmes sociaux se transforment immédiatement en états psychiques : insuffisances personnelles, sentiments de culpabilité, angoisse, conflits et névroses. On assiste à l'apparition d'une *nouvelle immédiateté* dans la vie des individus et dans la société, l'immédiateté de la crise et de la maladie : les crises sociales ont l'*apparence* de crises individuelles, et il devient quasiment impossible de les appréhender dans leur composante sociale. C'est aussi là l'une des origines de l'actuelle « vague psy » (Beck, 2003, p. 213).

Le corps n'est plus, dans la modernité avancée, qu'une des nombreuses composantes identitaires individuelles, corps qui se doit d'accomplir toujours davantage et surtout d'être unique. Le corps est vu comme une œuvre inachevée, un ensemble de pièces détachées et malléables nécessitant un travail physique et réflexif constant, sans quoi la coordination entre l'état physiologique et psychologique de l'individu ne pourrait être assurée. Cette transformation corporelle est aujourd'hui d'autant plus facilement accessible grâce aux nombreuses innovations technoscientifiques et génétiques qui assurent un élargissement sans cesse croissant des possibilités (Clarke et coll., 2000, 2003). L'utopie sanitaire conduit les individus à désirer un corps parfait, débarrassé de tous les risques potentiels (internes et externes) qui peuvent en menacer le fonctionnement. Aussi, paradoxalement, à force de chercher à mettre à l'abri le corps et l'individu des défaillances possibles, l'utopie sanitaire s'inscrit dans l'image d'un corps parfait, c'est-à-dire entièrement naturel – démedicalisé – que la médicalisation ne fait que renforcer. Aussi, la multiplication des options qui s'offrent aux individus et les exigences sociales qui pèsent sur eux dans la construction de soi peuvent aussi déboucher sur des tensions psychologiques et des expériences pathologiques contribuant encore une fois à l'extension de la médicalisation du social. Mais si aujourd'hui la tradition et la nature ne déterminent plus les pratiques sociales dont la pluralité des formes socialement acceptées laisse libre cours à des choix subjectifs, c'est à terme la frontière même de la normalité qui s'en trouve ébranlée.

« People's perception of health and illness is shaped by the particular account that their culture offers about how they are expected to cope with life and about the nature of the human potential. Individuals make sense of their experience through reflecting on their specific circumstances and in line with the expectations transmitted through prevailing cultural norms. People have no inner desire to perceive themselves as ill. However, powerful cultural signals provide the public with a ready-made medicalized interpretation of their troubles. And once the diagnosis of illness is systematically offered as an interpretative guide for making sense of distress, people are far more likely to perceive themselves as ill. That is why, despite the steady advance in public health and medicine, an increasing section of society define themselves as ill, or suffering from a long-term illness or disability. [...] The readiness with which the pathologization of human behavior is embraced indicates that the medicalization of life has become an accomplished fact. The demand for a medical diagnosis is fuelled by confusions about individual perceptions of the self. At a time of existential insecurity, a medical diagnosis at least has the virtue of definition. A disease explains an individual's behavior and it even helps confer a sense of identity. The medicalization of everyday life allows individuals to make sense of their predicament and gain a sense of identity » (Furedi, 2006, p. 17).

Si la médicalisation peut certes contribuer à définir l'identité d'un individu et en ce sens lui offrir un point d'ancrage identitaire, ce qui est notamment recherché en ces temps d'incertitudes, elle fait tout de même appel à un patient-partenaire de soins qui s'incarne parfaitement dans cette propension des individus à devenir maître d'eux-mêmes. Alors que le risque ne cesse de les guetter, les individus sont constamment amenés à prendre des décisions qui auront très certainement des répercussions sur leur

état de santé actuel et futur. De plus en plus, les professionnels de la santé notamment sont amenés à décharger sur les patients la responsabilité décisionnelle quant aux traitements et aux interventions à privilégier. Longtemps souhaité, notamment par les mouvements de santé des femmes et antipsychiatriques, l'avènement du patient-partenaire de soins – responsable, proactif et engagé – engendre aussi aujourd'hui une autre figure, soit celle du patient-consommateur de soins pour qui l'arsenal thérapeutique prend le relais lorsque l'angoisse existentielle devient trop forte. La scientification des risques, notamment dans un cadre médical, encourage une croissance économique sans précédent portée par la commercialisation des techniques de prévention, dépistage, surveillance et traitement, techniques vers lesquelles les consommateurs ne cessent de se tourner pour répondre à leurs besoins toujours grandissants (Beck, 2003).

#### 7.4 Conclusion

Notre objectif était de saisir de manière très générale différents cadres sociologiques qui investissent le champ sémantique du terme médicalisation depuis son émergence dans la littérature à caractère sociologique. Globalement, nous avons pu constater que les analyses du terme médicalisation tendent à s'inspirer à la fois d'approches qui interprètent la médicalisation à travers l'étude, d'une part, des structures sociales et des mécanismes de domination et, d'autre part, de l'action et des interactions, alors que les normes sociales tout autant que les acteurs apparaissent comme des pôles structurants dans l'orientation du processus, phénomène et concept de médicalisation.

Nous avons pu voir que plusieurs des interprétations de la médicalisation tendent à mobiliser des propositions théoriques d'inspiration constructiviste, marxiste et foucaldienne, en envisageant ce processus et phénomène comme le produit de relations de pouvoir et d'intérêts financiers dirigés par des groupes sociaux dominants, seuls capables de (dé)construire le normal et le pathologique. Il en résulte une perte d'autonomie marquée par l'incapacité des individus et des populations à prendre en charge leur santé et le traitement de leurs maladies sans le soutien d'acteurs collectifs hégémoniques, tels que la profession médicale et l'industrie pharmaceutique. Prisonnière de l'approche biomédicale et des pratiques thérapeutiques invasives, la population n'a d'autres choix que de se soumettre au cadre normatif en vigueur et de transformer ses membres en d'éternels patients, alors que le pathologique ne cesse d'empiéter sur le terrain de la normalité.

[...] le phénomène de la médicalisation sociale redéfinit une société marquée par le contrôle et par une colonisation des dispositifs de normalisation diffus dans lesquels les phénomènes vitaux sont sommés de s'ajuster au principe utilitariste et sensualiste du maximum, au nom de la santé et du bien-être et d'une conception « intense » du phénomène de la vie où l'existence même des corps individuels devient l'enjeu privilégié de l'exercice du pouvoir de la « science reine ». L'époque moderne se caractérise par une mécanisation des processus sociaux contemporains et une administration de la vie et se fonde sur une discipline des individus et une gestion biopolitique de l'espèce. Ce souci d'enrayer et de combattre par tous les moyens ce qui entrave la vie et son cours « normal » permet de mieux comprendre les logiques décisionnelles qui entrent en ligne de compte dans l'organisation et le fonctionnement de la bio-médecine (Sanni Yaya, 2009, p. 410).

Dans une fausse impression de souci de soi, les individus sont amenés à se transformer en véritable sentinelle de leur propre bien-être, en étant, d'une part, à l'affût du moindre signe de défaillance (physique et psychologique) de leur corps et d'autre part, en respectant les nombreux préceptes hygiénistes élaborés au nom de la santé publique. Mais surtout, cette vision du corps-machine, que l'utopie de la santé parfaite et les récentes innovations biotechnologiques n'ont fait qu'amplifier, n'entraîne qu'une sombre illusion de liberté dans la prise en charge de son destin biologique. Mais n'est-ce justement pas là le signe ultime de la domination des institutions sociales capitalistes alors que les individus sont amenés à désirer par eux-mêmes l'avènement de cette santé parfaite, c'est-à-dire un état complet de bien-être physique, mental et social ?

Le « souci du soi » et le reflux de l'interdit dans un contexte où l'État a renoncé à édicter des règles en déléguant au patient et aux divers professionnels de la santé le pouvoir de surveillance et le soin d'élaborer un nouveau « gouvernement des pratiques » nous plongent dans un processus de domination dans lequel les individus sont contraints d'adopter la norme collective au moment où ceux-ci croient s'approprier leur destin biologique. Nous sommes passés avec la naissance du biopouvoir d'un pouvoir qui traditionnellement s'exprimait à travers la loi à un pouvoir qui s'exerce à travers des normes médicales, scientifiques, et morales et dont le but est une certaine homogénéisation du corps social. Comme l'a souligné Foucault, « une société normalisatrice est l'effet historique d'un pouvoir centré sur la vie ». Le souci du corps et de l'esprit comme biens durables à préserver s'inscrit dans un processus civilisationnel [...]. Plutôt qu'à une médicalisation impliquant le monde profane, c'est à une civilisation par intériorisation profonde des normes de santé que nous assistons. Bien au-delà du pathologique, c'est le biologique à la fois comme destin et comme nouveau modèle de gestion contemporaine du corps et de « biologisation des mobilisations sociales » qui nous interpelle. Dans cette nouvelle rationalité biopolitique qui fait de l'Homme un être de désirs et d'intérêts mus par la qualité de sa satisfaction, des normes sont proposées ou prescrites aux individus pour fixer leur identité, la maintenir ou la transformer en fonction d'un certain nombre de fins. La connaissance médicale est de plus en plus diffusée et vulgarisée dans nos sociétés et les savoirs médicaux jouent un rôle important dans le conditionnement des perceptions corporelles (Sanni Yaya, 2009, p. 410).

Ces influences théoriques, présentes dès l'émergence du terme médicalisation dans la littérature sociologique, ont très certainement le mérite de reconnaître l'existence d'inégalités sociales de santé et



les dynamiques socioculturelles, économiques et politiques qui sous-tendent l'orientation des mécanismes de la médicalisation et les relations de pouvoir à l'œuvre dans la définition du normal et du pathologique. Malgré cela, un nombre grandissant d'auteurs leur ont reproché au fil des ans de mettre en veilleuse l'une des composantes essentielles de ces jeux de pouvoir, à savoir les individus eux-mêmes (Araujo, 1999). En effet, de nombreux ouvrages sociologiques sur la médicalisation, publiés principalement au cours des vingt dernières années, ont tenu à faire contrepoids à ces interprétations en mettant de l'avant une approche davantage influencée par des propositions théoriques qui placent l'acteur et les interactions au centre de leurs préoccupations, afin de souligner le rôle de premier plan occupé par les individus eux-mêmes dans l'orientation des mécanismes de la médicalisation et la construction du normal et du pathologique.

Sans remettre en question l'existence de puissantes normes sociales et de mécanismes d'assujettissement, ils ont plutôt cherché à nuancer la capacité de ces derniers à prendre totalement en charge le développement des individus, et proposent de repositionner l'individu au centre de leurs analyses afin de mieux en comprendre les motivations, les attentes, les besoins et leur impact sur l'extension contemporaine de la médicalisation de la vie. Reconnaisant l'existence d'un puissant cadre normatif et de nombreuses contraintes découlant notamment de la stratification sociale et du capital dont dispose chaque individu, ces sociologues ont néanmoins souligné la marge de manœuvre, plus ou moins étendue, dont disposent les individus dans le processus d'intériorisation et de validation des discours et pratiques biomédicales. Bien que l'étiquette sociale de déviant ou de malade demeure difficile à porter et est encore aujourd'hui souvent associée à la stigmatisation, il n'en demeure pas moins pour ces sociologies que tous les individus, y compris ceux porteurs d'un diagnostic médical, ne sont pas dénués de tout pouvoir et ressource. Chaque individu, selon les moyens et capacités dont il dispose, peut influencer et négocier, jusque dans une certaine mesure, les différents aspects relatifs à sa condition afin de réorienter sa trajectoire de vie, et par le fait même la trajectoire du processus et phénomène de médicalisation du social.

Ces univers théoriques – inspirés des propositions de l'approche interactionniste, de l'individualisme méthodologique et des travaux de Giddens et Beck notamment – ont certes le mérite de replacer les individus à titre d'acteurs principaux dans l'orientation du processus et phénomène de médicalisation, au même titre que la profession médicale et l'industrie pharmaceutique par exemple, et de refuser l'image de victime passive et d'objet de la médicalisation longtemps véhiculée. Par contre, on leur a aussi souvent reproché d'accorder trop peu d'importance aux mécanismes de contrôle social et de normalisation à l'œuvre dans la médicalisation de l'existence humaine, pour se concentrer davantage



sur les capacités et motivations individuelles et les interactions symboliques. Si l'on peut envisager la construction du normal et du pathologique et l'orientation des mécanismes de la médicalisation selon des critères et des indicateurs de réussite personnelle, il ne faut pas non plus occulter les facteurs sociaux, politiques et économiques qui définissent le champ d'action des populations afin de ne pas réduire la capacité de changement social à une simple multiplication de pratiques subjectives (Araujo, 1999). Il s'en trouve évidemment peu d'auteurs qui se situent presque exclusivement dans une perspective ou l'autre, ayant chacun une composition théorique qui leur est propre. Et si justement la médicalisation se devait d'être analysée autrement selon des propositions théoriques qui tiendraient compte à la fois des structures sociales et de la capacité réflexive des individus ?

## CHAPITRE VIII

### DE L'ÉMERGENCE DU TERME MÉDICALISATION À LA DIVERSIFICATION DE SON CHAMP SÉMANTIQUE

Le terme médicalisation a émergé dans la littérature sociologique à la fin de la période d'après-guerre. Depuis, des générations de sociologues ont manifesté un intérêt grandissant pour ce terme et cherché à en comprendre les multiples facettes. Ce terme est plus que jamais utilisé et cette thèse aura été l'occasion de mettre en lumière, dans un premier temps, les significations mobilisées par le terme médicalisation et les transformations qu'elles ont subies depuis son émergence dans le vocabulaire sociologique il y a maintenant quarante ans, et dans un second temps, de saisir les différents cadres sociologiques qui investissent son champ sémantique.

Les chapitres précédents ont montré que malgré une utilisation accrue du terme médicalisation, il faut se garder de voir dans cette popularité la garantie d'une compréhension commune partagée entre les différents auteurs qui l'ont employé et cherché à en identifier et comprendre les mécanismes et les enjeux. Par ailleurs, cet exercice de clarification ne reposait pas tant sur le souci d'atteindre l'exactitude sémantique, mais surtout sur la reconnaissance des multiples nuances, contradictions et similitudes que peut revêtir le terme médicalisation. Cette tâche étant rendue d'autant plus complexe vu le caractère polysémique du terme médicalisation qui renvoie à la fois ou alternativement à un phénomène et processus social tout autant qu'à un concept sociologique.

Les significations et les cadres sociologiques mobilisés par le terme médicalisation ont subi de nombreuses transformations au cours des quarante dernières années. L'analyse de la littérature à caractère sociologique consacrée à ce terme a révélé l'existence d'une succession de phases de développement qui, malgré des frontières temporelles parfois brumeuses, peuvent être regroupées en trois temps. L'utilisation du terme médicalisation aura donc été marquée par des phases d'émergence, de croissance et de reconfiguration. Le présent chapitre sera l'occasion de passer brièvement en revue les deux premières phases de développement du terme médicalisation afin de témoigner de son cheminement dans la littérature à caractère sociologique. Cette revue synthétique des cadres contextuels et sémantiques associés à l'émergence et la diversification des interprétations du terme

médicalisation nous servira par ailleurs d'entrée en matière alors que nous ferons appel, au chapitre suivant, aux travaux de Martuccelli pour apporter un éclairage contemporain à ce terme alors que plusieurs auteurs en appellent désormais à la reconfiguration.

#### 8.1 Un nouveau terme fait son apparition dans le vocabulaire sociologique

##### *L'intensification de l'interventionnisme étatique et médical comme condition d'émergence du terme médicalisation*

Le terme médicalisation a émergé dans la littérature à caractère sociologique à la fin des années 1960, à une période historique particulièrement en mouvance. Comme nous l'avons vu, cette époque est marquée par un bouillonnement sans précédent, tant sur le plan social, qu'économique et politique. Cette période conclut trente ans d'interventionnisme étatique, que les États-providence avaient su privilégier, et ce, malgré des différences importantes entre les pays occidentaux quant à la mise en œuvre de principes idéologiques (dont notamment aux États-Unis, qui ne peuvent à proprement dit être caractérisés d'État-providence, mais qui ont comme tous les autres pays industrialisés connu des transformations économiques, sociales et politiques majeures).

La vigueur de la croissance économique caractéristique des « Trente glorieuses » offre pendant trois décennies consécutives aux citoyens de ces pays occidentaux des opportunités nouvelles. Au tournant de la Seconde Guerre mondiale, les États s'engagent à développer massivement divers programmes et ressources – notamment dans le secteur en pleine ébullition de la santé – et à mettre en œuvre des mesures de soutien social pour pallier à des difficultés inhérentes de la vie et prendre en charge des tâches dont la responsabilité incombait autrefois directement aux individus et aux familles. Toutes ces mesures s'inscrivaient en continuité avec les propositions de Beveridge, le père de l'État-providence, pour qui la reconstruction et l'avènement du progrès ne pouvaient se réaliser sans lutter contre « la Misère, la Maladie, l'Ignorance, la Malpropreté et l'Oisiveté ».

La recherche du progrès, comme nous l'avons mentionné dès les premiers chapitres, a aussi très certainement constitué l'un des principaux moteurs symboliques du renouveau social de l'après-guerre. Les transformations sociales, politiques et économiques qui se sont cristallisées à partir du milieu du XX<sup>e</sup> siècle s'inspirent indéniablement des principes de laïcisation et de rationalité qui, supportés par des développements technologiques sans précédent, font désormais de la science la principale source d'autorité et de légitimation sociale. Mise au service de l'humanité, la science est plus que jamais

utilisée pour faciliter l'existence des individus, mais aussi pour corriger la vie humaine de tous ses défauts et la débarrasser, espère-t-on, de ses incapacités.

Cette foi en l'avenir est aussi certainement liée à la vitalité démographique qui a cours dans la période d'après-guerre dans plusieurs pays occidentaux. Cette croissance démographique est notamment due à la diminution drastique des taux de mortalité, dont la mortalité infantile, à laquelle le perfectionnement des soins médicaux a certes contribué. Mais cette croissance démographique va également de pair avec de profondes transformations sociales et économiques – marquées entre autres par l'arrivée massive des femmes sur le marché du travail, le développement du secteur tertiaire, le prolongement de la scolarité, le déploiement d'une consommation de masse, etc. –, qui auront toutes un impact considérable sur l'amélioration des conditions d'existence, des habitudes et des modes de vie des populations.

Aussi, les transformations et ruptures sociales, politiques et économiques qui se sont accélérées avec la fin de la guerre ont permis l'émergence d'une nouvelle conception de la santé et de la maladie, dans le cadre d'une société plus que jamais orientée vers le bien-être de ses citoyens. D'ailleurs, les bouleversements qui ont eu cours dans la période d'après-guerre ont entraîné des répercussions majeures sur la nature même des maladies, alors que les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires et diverses formes de traumatismes ont remplacé les épidémies des siècles passés. Il ne s'agit donc plus seulement pour le personnel médical de souhaiter éradiquer ces maladies, ou de contrôler leur propagation. Il leur faut également chercher à apprivoiser ces maladies chroniques et à assurer une qualité de vie adéquate aux patients, ce qui est désormais rendu possible notamment par le recours aux médicaments et à divers moyens technologiques dont l'accessibilité ne cesse de croître. Pour l'OMS d'ailleurs, « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (OMS, 1946, p. 1).

L'avènement de l'État-providence a ainsi assuré dans de nombreux pays occidentaux une plus grande prise en charge étatique, et dans ses moindres recoins, de la santé des populations, reposant notamment sur la prévention des maladies et une gestion plus étroite des risques. La santé est dorénavant conçue à la fois comme un droit fondamental des citoyens que les États s'engagent à soutenir et protéger, et un devoir d'intervention légitime de l'État auprès de sa population si des risques de santé physique, mentale et sociale devaient se manifester. La deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle est donc témoin de

l'accroissement sans cesse constant de l'offre de services et de soins de santé, mais aussi, ce qui deviendra plus tard un enjeu majeur, des dépenses publiques et privées dans ce secteur.

Mais finalement, cet accroissement de la prise en charge médicale et, dans plusieurs pays, étatique de la santé des individus et des populations a donné lieu à diverses critiques. S'il ne fait aucun doute que le milieu du XX<sup>e</sup> siècle ait été associé à l'âge d'or de la profession médicale, alors que la population se réjouit d'assister simultanément à la décroissance des taux de mortalité et à l'augmentation de l'espérance de vie dans les pays industrialisés, la fin de la période des « Trente glorieuses » concorde avec l'émergence d'un sentiment contradictoire envers les interventions, et surtout les motivations, des médecins. Certains mouvements contestataires en santé portent un regard sévère à l'endroit de la profession médicale et dénoncent de plus en plus leur monopole des pratiques de soins et l'attitude paternaliste exprimée par les médecins envers leurs patients.

Bref, les mesures de protection sociales instaurées dans la période d'après-guerre ont permis à une plus grande proportion de la population d'avoir accès à une gamme diversifiée de soins, autrefois réservés aux mieux nantis, et de structurer ces services en un réseau de la santé. Aussi, les progrès scientifiques et thérapeutiques ont permis de prolonger l'espérance de vie de nombreux patients et d'améliorer leurs conditions d'existence. Cette société repose sur une conception contemporaine de la santé, où l'absence de maladie est remplacée par un idéal de bien-être que la médecine et les États peuvent, de par leur expertise ou leurs moyens financiers, aider à atteindre. C'est dans ce contexte – marqué par trente années d'État-providence – qu'a émergé à la fin de la décennie 1960 le terme médicalisation dans la littérature à caractère sociologique. Les sociologues de cette première génération en ont dégagé une vision principalement critique, marquée par la dénonciation du processus et phénomène de médicalisation qui entraîne dans son sillage un nombre toujours plus grand d'individus.

#### *La critique de la médicalisation comme fondement des premières analyses sociologiques*

Nous avons vu que de nombreux auteurs ont, dès les années 1970, interprété la médicalisation à la lumière de cadres sociologiques issus notamment des théories d'inspiration constructiviste, foucauldienne et marxiste. Ces derniers intègrent des références théoriques mettant davantage l'accent sur le rôle des normes et des structures sociales dans leur compréhension du processus, phénomène et concept de la médicalisation, ainsi que sur les mécanismes de reconfiguration pathologique des réalités individuelles et collectives. De nombreux auteurs ont dès l'émergence du terme dans la littérature sociologique mis de l'avant ce que Lupton décrira plus tard comme « the orthodox medicalisation



critique » (Lupton, 2005). Ces analyses ont vivement dénoncé dès les années 1970 la répartition inégale du pouvoir dont la médecine, principalement, profite largement, appréhendant même cet impérialisme médical dans un rapport de cause à effet dans l'extension du processus de médicalisation de la vie.

Cette approche critique de la médicalisation reproche à la médecine son incapacité à identifier la véritable cause des maladies, à savoir les inégalités sociales. La domination de la médecine sur la construction du normal et du pathologique a eu pour conséquence d'évacuer toute conception sociale de la maladie. En suivant un raisonnement fondé sur une étiologie spécifique – une maladie, une cause physiologique – la médecine a occulté le caractère résolument multidimensionnel et multicausal de la maladie, entrevue uniquement comme un processus naturel dont le traitement se doit d'être orienté vers des causes biologiques et non sociales (Renaud, 1985). Bien qu'étant de nature biologique, la maladie est fortement déterminée par le statut social et les conditions d'existence des individus, ce qu'a longtemps sous-estimé la médecine. La société est ainsi positionnée au cœur de la production des maladies portée en premier lieu par des considérations idéologiques et des rapports de domination (Gerhardt, 1989). Zola lui-même, l'un des premiers sociologues à avoir identifié le phénomène de médicalisation de l'existence humaine et à avoir investigué ce processus, a tenu à clarifier sa position quant à ce qu'il jugeait être à l'origine de ce dernier.

« In the first major publication in this series ("Medicine as an Institution of Social Control"), I included a line in the introduction which I have since regretted. It goes as follows: "If we search for the why of this phenomenon (ie. medicalization) we will instead see that it is rooted in our increasingly complex technological and bureaucratic system – a system which has led us down the path of reluctant reliance on the expert". [...] Nothing could be further from the truth – the statement was glib, I apologize for it. In later expansions of my thesis I argue, as do many others, [...] that the roots lie deep in our sociopolitical system » (Zola, 1983, p. 246).

L'inscription de la cause des maladies et de la cible des traitements au cœur des individus permet de camoufler les rapports d'oppression qui sont de fait à l'origine des maladies, d'autant plus que, selon certains tenants de cette approche critique, l'efficacité de la médecine moderne à guérir les maladies est un mythe solidement ancré dans l'imaginaire collectif. Reconnaisant l'importance de certaines avancées thérapeutiques, les auteurs ont aussi et surtout tenu à souligner le fait que la médecine ne soit pas la seule responsable de l'amélioration de l'état de santé des populations. Les limites de la médecine moderne ont été dévoilées au grand jour, considèrent-ils, cette dernière devenant même, au fur et à mesure qu'elle progresse, contreproductive.

Ainsi, selon l'approche critique, les solutions se doivent d'être non pas tant de nature médicale, mais principalement sociale et collective, orientées d'abord et avant tout vers la promotion de la santé et de saines habitudes de vie, et la prévention des maladies. Aussi, nombreux sont les auteurs de l'approche critique qui ont fait appel à l'intervention de l'État pour l'instauration de mesures publiques visant, d'une part, à restreindre le champ d'action de certains acteurs de la médicalisation – surtout la profession médicale et l'industrie pharmaceutique – et d'autre part, à améliorer l'état de santé des populations par la réduction des inégalités de santé. Mais il s'agit bien là d'un des paradoxes les plus importants de cette approche critique alors que l'État fait face à un constant dilemme : si dans un sens il est tenu responsable de la santé de sa population, et prié de s'investir dans des mesures préventives normalisantes (et parfois même coercitives), il se doit aussi de garantir la liberté individuelle.

« On the one hand, then, the state is envisaged as a huge machinery of social control acting "in the name of health and illness" (Zola, 1975), even raising the spectre of the all-pervasive "therapeutic state" (O'Neil, 1986) where society comes under totalitarian rule. On the other hand, the state is cast in the role of saviour from the dangers which seem to come from society, and the state is recognised as powerful and beneficial enough to rescue society from the unanticipated consequences of production and consumption within it. [...] The state is given a double function, either as an agent of welfare politics against society's dominating forces, or as an agent of the latter's powerful totalitarian world » (Gerhardt, 1989, p. 343).

Les représentants de l'approche critique de la médicalisation ont largement dénoncé l'élargissement du champ de compétence de la médecine qui, surtout à partir de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, s'est chargée dans le cadre de sa pratique de diverses interventions de nature préventive et sociale. Les habitudes de vie et les relations sociales ont été incorporées au champ de compétence de la profession médicale lorsque cette dernière a saisi, notamment par l'entremise des travaux de nombreux sociologues, leur importance dans l'apparition et le développement des maladies. Paradoxalement et sans le vouloir, ces sociologues, en mettant l'accent dans leurs analyses sur les structures sociales, ont contribué à l'émergence de nouvelles spécialités médicales dont la médecine sociale, communautaire et préventive. Ce faisant, la médecine a su intégrer à son discours et ses pratiques le type d'intervention préconisée par l'approche critique (Lupton, 2005).

Aussi, intervenir sur les causes des maladies et les circonstances sociales qui en autorisent la prévalence a permis à la médecine de renforcer son rôle central d'agent de contrôle social, lui conférant un pouvoir moral extraordinaire qu'elle a repris notamment des mains des institutions ecclésiastiques dont l'influence a largement diminuée. À l'image du Léviathan, cet impérialisme médical a été fortement dénoncé dès l'émergence des premières analyses sur la médicalisation. C'est notamment le discours de neutralité éthique et scientifique du modèle médical – qui occulte les

composantes morales et normatives qui orientent la médecine dans sa capacité de définir les réalités pathologiques et de les intégrer à son champ d'expertise – qui a été l'objet de sévères critiques. La santé ne signifie plus seulement la capacité de fonctionner en l'absence de maladie, mais est aussi largement associée au bien-être et au bonheur, bref à la vie elle-même, autorisant du même souffle l'interprétation d'un nombre sans cesse grandissant d'aspects de l'existence humaine selon un cadre médical délimitant le normal du pathologique. Ces problèmes, événements, comportements et préoccupations sont désormais soumis à « l'examen apparemment neutre et bienveillant d'un appareil médical dont les frontières deviennent indéfinissables, mais qui, toutes choses étant égales par ailleurs, commence à menacer la liberté et la dignité humaine » (Renaud, 1985, p. 19). Si l'hégémonie médicale occupe une place déterminante dans l'équation qui mène à la médicalisation comme solution privilégiée, il faut y voir un système d'autant plus vaste qu'il s'appuie sur un échafaudage de forces politiques, économiques et sociales, que les rapports de pouvoir, l'endoctrinement et l'intimidation tendent à masquer et véhiculer positivement dans les discours populaires.

C'est là que se livre la bataille, non parce qu'il y a des menaces et des oppresseurs visibles, mais parce que ceux-ci sont presque invisibles, non plus parce que la perspective, les outils et les praticiens de la médecine et des autres professions sanitaires sont foncièrement malfaisants, mais parce qu'ils ne le sont pas. Si cela paraît si terrifiant, c'est parce qu'il s'y manifeste des éléments de la banalité du mal [...]. Mais le danger dans le cas présent est plus grand encore, car le processus porte le double masque de la poursuite d'un but scientifique et technique et d'une oeuvre qui s'accomplit pour notre propre bien. Bref, le chemin qui mène à la société du culte de la santé pourrait bien être pavé de bonnes intentions (Zola, 1981, p. 50).

Ainsi, l'approche critique insère la médicalisation dans un ensemble de structures sociales, politiques et économiques. Les institutions et organisations sociales sont pensées comme forces maîtresse dans la redéfinition du normal et du pathologique (Araujo, 1999). En maintenant les populations dans un état de dépendance face à l'offre médicale, la médicalisation réduit les capacités des individus à faire face à la maladie et à s'adapter. Synonyme de progrès pour certains, la médicalisation est plutôt vue, par l'approche critique, comme la faillite du progrès, confinant les individus à une production sociale des maladies et de la santé par de puissants dispositifs de normalisation.

## 8.2 Élargissement du champ sémantique mobilisé par le terme médicalisation et multiplication des écrits

### *La crise des finances publiques et la construction d'espaces d'autonomie*

Si vers la fin de la Seconde Guerre mondiale les États occidentaux ont été amenés à investir massivement dans différents secteurs de la société, dont la santé et les services sociaux, les dernières décennies du XX<sup>e</sup> siècle ont été pour leur part témoin, comme nous l'avons vu précédemment, de l'émergence d'un nouvel ordre économique, social et politique. L'instauration de politiques néolibérales est justifiée par la diminution de la croissance économique qui est marquée depuis par l'alternance de phases d'expansion et de dépression. Le modèle économique préconisé par les États-providence s'essouffle alors que les transferts massifs et les investissements publics sont de plus en plus contestés. Le principe de solidarité sur lequel reposaient les politiques et programmes gouvernementaux s'effrite, accentuant le déséquilibre dans la redistribution des richesses et, par le fait même, les iniquités sociales et de santé.

Mais malgré la prédominance, à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, de discours promettant le désengagement de l'État, les pratiques publiques montrent que les gouvernements demeurent, pour la plupart, fortement impliqués dans les activités de développement économique et le financement de programmes d'intervention publics, alourdissant par le fait même le poids des déficits budgétaires. Dans plusieurs pays, le secteur de la santé est largement financé par les différentes instances gouvernementales. Plus que jamais les sociétés occidentales sont confrontées à l'augmentation des coûts relatifs aux soins, services et produits de santé, cette problématique étant depuis régulièrement l'objet de débats publics et d'une recherche constante de solutions pour assurer la viabilité des systèmes de santé.

Si plusieurs interprètent d'emblée la menace qui pèse depuis maintenant plusieurs années sur les systèmes de santé publics comme provenant de la croissance des coûts liés au vieillissement de la population, d'autres n'hésitent pas à y voir là la conséquence directe de l'augmentation de l'utilisation des services et produits de santé – par toutes les générations confondues. Le vieillissement de la population des pays occidentaux, conjugué à la diminution généralisée des taux de natalité, a certes joué un rôle important dans l'augmentation de la demande pour des soins et produits de santé. Mais le recours grandissant aux médicaments et à un appareillage technologique de plus en plus sophistiqué a aussi très fortement contribué à cette augmentation des coûts. D'ailleurs, dans un contexte économique orienté vers le libre marché et malgré une décroissance proportionnelle du nombre de réelles

innovations pharmacologiques, les profits du secteur pharmaceutique et des autres entreprises spécialisées en biotechnologies ne cessent de croître.

Aussi, les changements sociaux amorcés dans la période d'après-guerre s'accroissent alors que, par exemple, les populations ont de plus en plus accès à des biens de consommation de masse, notamment dans le secteur des technologies de l'information et des communications. Conjointement à la démocratisation des études supérieures, il est de plus en plus facile pour les individus d'avoir accès, dans le cadre de cette société du savoir, à de l'information, et ce en tout lieu et sur pratiquement tous les sujets dont la santé, les maladies et les interventions thérapeutiques disponibles.

Finalement, les mobilisations contestataires amorcées dans les dernières années de la période d'après-guerre se poursuivent et mettent toujours plus l'accent sur l'autonomie et la qualité de vie des individus et des groupes populationnels. Il s'agit moins, contrairement aux mouvements traditionnels, de chercher à affronter l'État qu'à pouvoir y dégager des espaces d'autonomie et d'y exprimer son individualité. Aussi, les sociétés aux valeurs néolibérales, marquées par l'affaiblissement des frontières induit par la mondialisation, contribuent de plus en plus à un élargissement des possibilités et à une plus grande flexibilité des identités, des valeurs et des pratiques individuelles et collectives. Bref, les sociétés occidentales de la fin du XX<sup>e</sup> siècle comportent un fort degré de différenciation par l'entremise de laquelle le corps joue un rôle prédominant dans l'affirmation de soi et de sa propre individualité.

#### *L'apparition d'une nouvelle figure dans l'orientation de la trajectoire de la médicalisation : le patient*

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, la phase de croissance du terme médicalisation a non seulement été marquée par la multiplication des écrits à son sujet, mais aussi par la diversification des approches proposées et leur large diffusion. Comme lors de l'émergence du terme médicalisation dans la littérature à caractère sociologique, de nombreux auteurs ont continué à en proposer une vision somme toute très critique, interprétant la médicalisation comme le reflet d'une société normalisante, voire quasiment totalitaire. L'interprétation du terme médicalisation à l'aune des structures sociales et des mécanismes de domination est donc demeurée présente jusqu'à aujourd'hui dans les nombreux écrits sur la médicalisation.

Toutefois, cette deuxième phase est aussi caractérisée par l'ascension d'une autre approche. De plus en plus d'auteurs se proposent en effet de repositionner leur analyse de la médicalisation en faisant



davantage de place à un acteur jusqu'à présent absent : l'individu. Plus que jamais le patient est appelé à jouer un rôle prédominant dans l'orientation de la trajectoire du processus et phénomène de la médicalisation et nombreux sont les sociologues qui rejettent dans cet esprit la thèse d'un impérialisme médical. Cette approche peut, comme nous l'avons vu, être mise en relation notamment avec des propositions théoriques inspirées de l'approche interactionniste, de l'individualisme méthodologique ou encore des travaux de Giddens et Beck. La médicalisation n'est donc pas le produit d'un seul groupe, mais résulte d'abord et avant tout des interactions entre de nombreux acteurs aux motivations bien différentes. Reflétant directement les préoccupations et valeurs caractéristiques des sociétés occidentales de la fin du XX<sup>e</sup> siècle, l'analyse de la littérature à caractère sociologique portant sur la médicalisation montre qu'au cours des dernières décennies une nouvelle figure émerge, soit celle du patient, qui est désormais largement impliqué dans l'orientation de la trajectoire de la médicalisation. De façon générale, les auteurs en ont dégagé deux principales formes, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents : le patient-partenaire de soins et le patient-consommateur de soins.

Le patient-partenaire de soins répond au besoin, exprimé par de nombreux groupes, d'impliquer davantage les patients dans les décisions et choix thérapeutiques qui les concernent. Les patients sont de plus en plus appelés à jouer un rôle de sentinelle en regard à leur propre état de santé. Mieux informés, ils peuvent et doivent surveiller l'apparition et l'évolution de leurs symptômes et malaises afin d'en assurer, en collaboration avec les professionnels de la santé, la guérison ou de disposer de la meilleure qualité de vie qui puisse être. Ainsi, les patients ont désormais une plus grande part de responsabilité quant à tout ce qui touche, de près ou de loin, ou qui risque d'influencer leur état de santé. Cette préoccupation constante pour la santé, élevée au rang des valeurs suprêmes, contribue selon plusieurs à la mise en place d'un état intermédiaire – où tous sont malades ou à risque de souffrir d'une maladie ou d'un malaise – alors que les frontières entre la santé et la maladie s'amenuisent. Cet intérêt marqué pour leur état de santé amène les patients à consommer des soins et produits de santé et à être continuellement à l'affût des nouveautés thérapeutiques susceptibles de les guérir ou de réduire leur inconfort. Non seulement les patients peuvent-ils désormais plus facilement magasiner leurs produits, services et même professionnels de santé, mais plus nombreuses sont aussi les publicités directement adressées à ces consommateurs avertis.

C'est donc sans surprise que la deuxième phase du développement du terme médicalisation a été marquée par la multiplication et la diversification des écrits qui y sont consacrés. De façon générale, nous avons vu que cette figure du patient a dès lors mobilisé en parallèle deux interprétations. S'inscrivant en continuité avec les premiers écrits sur la médicalisation, les dernières décennies ont vu

se poursuivre la publication d'analyses critiques à l'endroit de la médicalisation. Aussi, pour plusieurs auteurs, derrière les bonnes intentions de la promotion de la santé et la prévention des maladies, se cachent une utopie sanitaire qui, par un processus de réification transforme la santé, la maladie et le malade en marchandises, selon une logique où « pour bien se porter, il faudrait bien consommer » (Gori, 2006, p. 70). La réponse médicale devient l'unique mécanisme de prise en charge des problèmes individuels et collectifs, annulant toute possibilité de modes de production et d'intervention autonomes. La « science reine » (Sanni Yaya, 2009) participe alors à la perversion de la conception du normal et du pathologique dans un faux-semblant d'objectivité, contribuant par le fait même à l'incapacité grandissante des individus d'assumer le fardeau de la maladie et de reconnaître les mécanismes d'assujettissement à l'oeuvre. L'image du patient-consommateur de soins est ici vivement dénoncée comme celle d'un patient dépendant des services et des traitements médicaux dans la définition et la construction de lui-même et de son devenir.

Individu autonome dont le « consommateur éclairé » constitue la forme la plus achevée, achevé dans tous les sens du terme. Cet « individu » librement soumis, politiquement servile, psychologiquement réifié et instrumentalité, se trouve promu « grand client » des industries de consommation de masse [...]. Dans cette médicalisation de l'existence, plus que jamais s'impose la question de savoir comment restituer à l'humain sa valeur de sujet et ses droits politiques pour éviter de le transformer en « marchandise », en « pièces détachées biologiques » et une industrie du vivant ? (Gori, 2006, p. 73).

Les individus sont appelés à se conformer à la règle alors que la gestion du risque assure le repérage, le dépistage et le traitement des individus déviants ou potentiellement déviants, c'est-à-dire désormais de tout un chacun. Ces dispositifs sécuritaires favorisent une médicalisation sans cesse grandissante de l'existence humaine où la maladie devient la normalité, contrairement à la conception de Parsons pour qui la normalité était représentée par la santé, et la maladie par la déviance (Gerhardt, 1989; Gori, 2006). Cet exercice de domination s'appuie aussi sur une double injonction. D'une part, les individus sont soumis à une obligation de savoir et de surveillance, devant désormais intégrer une connaissance toujours plus fine des concepts et des pratiques médicales – savoir autrefois réservé aux seuls experts – dans le but de détecter prématurément les signes avant-coureurs de la maladie. D'autre part, ils sont soumis à une exigence de transparence croissante les obligeant à exprimer leurs malaises, et à exposer leur corps et les moindres recoins de leur personnalité.

Ce régime de vérité, selon l'expression de Foucault, discrédite la simple parole au profit de preuves objectives, observables, scientifiques constituant un « délire de présence absolue et immédiate de la vérité dans l'énoncé des faits » (Gori, 2006, p. 74). Caractérisée de « fasciste » par certains, cette exigence de transparence ne permet pas, mais oblige à savoir, dire, montrer et entendre dans un rapport

perversi du sujet face à lui-même et aux autres alors que la « connaissance de soi comme objet a pris le pas sur le souci de soi » (Gori et Del Volgo, 2004, p. 50). D'ailleurs, seule l'instauration d'un véritable souci de soi s'exerçant à travers la capacité réflexive du sujet pourrait permettre une prise en charge autonome de la maladie et de la santé. Dans sa version actuelle où les individus se transforment en véritable sentinelle de leur propre corps, le souci de soi n'a d'autre choix que de mener à la « mort du sujet » par sa propension à objectiver les comportements et à exproprier les individus de leur corps en les transformant en automates soumis aux dictats des normes et de l'ordre.

Lorsque les individus eux-mêmes gouverneront leurs conduites et leurs comportements en se corrigeant de leurs écarts par un autodiagnostic déduit d'un logiciel et traité par des psychotropes, lorsque les solitudes juxtaposées s'entraîneront grâce à des méthodes apprises par les thérapies cognitivo-comportementales, alors l'ordre régnera. La médicalisation des conduites et de la souffrance psychique n'aura plus lieu d'être car *l'intériorisation individuelle des normes de santé publique* les rendra obsolètes. L'ordre y régnera, mais y aura-t-il encore *un sujet* pour s'en apercevoir ? (Gori et Del Volgo, 2004, p. 73).

Parallèlement à ces interprétations critiques, de plus en plus d'auteurs expriment leur refus d'entrevoir la médicalisation comme la conséquence directe d'un impérialisme – médical ou pharmaceutique – qui agirait passivement sur les malades et l'ensemble des divers groupes sociaux. Ainsi, on se souviendra que la figure du patient interpelle divers cadres sociologiques qui s'inspirent notamment de l'approche interactionniste, de l'individualisme méthodologique et des propositions théoriques de Giddens et Beck. Partenaires dans la prise de décisions relatives aux choix thérapeutiques et consommateurs de produits et services, les patients peuvent à de nombreuses occasions influencer l'orientation du processus de médicalisation qui les concerne. La société contemporaine autorise et favorise plus que jamais la diversification des interprétations, caractères et actions des individus. De ce fait, Giddens et Beck ont montré que la principale figure qui s'en dégage, ou qui est du moins fortement valorisée, est celle d'un individu totalement maître de lui-même, en plein contrôle de ses désirs, comportements et discours. Aussi, les motivations et schèmes interprétatifs qui orientent ou expliquent ses actions lui sont uniques, même s'il ne peut être entièrement libre face aux barrières – de nature et d'ampleur différentes selon les ressources dont il dispose – qui se dressent inévitablement sur sa route.

Tout de même, dans cette société axée sur la performance individuelle et la volonté de contrôler les risques inhérents à l'existence humaine, la médicalisation demeure l'une des méthodes privilégiées pour permettre aux individus « de parvenir à leurs fins », c'est-à-dire de produire le récit de leur existence propre. Ainsi, les individus peuvent disposer d'une certaine marge de manœuvre et user de diverses stratégies, dont la médicalisation de leurs comportements, événements de vie et émotions,



pour les aider, d'une part, à faire en sorte que leur corps reflète leur personnalité et, d'autre part, à gérer l'incertitude qui les habite constamment.

Les patients et les populations en général ne sont donc pas dénués de tout pouvoir. Au contraire, ils participent au processus et phénomène de médicalisation et peuvent, au même titre que les autres acteurs impliqués, faire valoir leur point de vue et exprimer leurs préférences. « The growth of identities, which are embodied in a medical condition, create a demand on doctors to validate their patients account of their experience. In this relationship, medical authority remains intact but the imperative towards medicalization is initiated from below » (Furedi, 2006, p. 18). Des dynamiques de pouvoir sont bel et bien à l'œuvre dans l'orientation de la trajectoire de la médicalisation et il serait faux de croire que les patients en sont exclus. Dotés de connaissances, compétences et d'habiletés qui leurs sont spécifiques, les individus sont appelés à interagir entre eux, à faire sens de divers événements biographiques et à prendre des décisions rationnelles, réfléchies, conscientes, bien que ces décisions, faut-il le rappeler, demeurent ancrées à des degrés divers dans des ensembles structurels constitués de règles et de normes sociales. Cherchant d'abord et avant tout à satisfaire leurs propres intérêts et bénéfices, ils peuvent stratégiquement collaborer avec d'autres groupes d'acteurs – en acceptant par exemple le diagnostic posé par leur médecin ou en consommant divers médicaments – comme ils peuvent tout aussi bien y résister en proposant une interprétation de leur condition qui leur est propre. Il est ainsi inévitable, selon plusieurs auteurs contemporains, qu'il faille désormais reconnaître le caractère ambigu et complexe des dynamiques de pouvoir qui unissent les différents acteurs impliqués dans la médicalisation de l'existence humaine.

### 8.3 La reconfiguration du terme médicalisation

Les phases d'émergence et de diversification du terme médicalisation amènent aujourd'hui plusieurs auteurs à en souhaiter la reconfiguration. Comme nous l'avons vu précédemment, de plus en plus nombreux sont les sociologues qui posent un regard plus nuancé sur ce terme, ses significations et ses modes opératoires. Reconnaisant son caractère ambigu et complexe, cette nouvelle génération de sociologues refuse de porter un jugement radical à son égard. De nombreux acteurs sont impliqués dans le processus et phénomène de la médicalisation, en plus des médecins et des patients, et il est aujourd'hui indispensable pour bien des auteurs d'en saisir les multiples facettes, d'autant plus que des changements sociaux, politiques et économiques sont toujours susceptibles de modifier le contexte dans lequel s'inscrit la médicalisation de l'existence humaine. Cette dernière, selon ces auteurs, n'est pas le simple fruit d'un processus unidimensionnel, résultant des manœuvres d'un groupe tout-

puissant aux dépens des autres. Ils appellent ainsi à dépasser cette interprétation dichotomique (bon versus mauvais, médecin versus patient, etc.) si souvent associée à la médicalisation dans les discours sociologiques.

À ce titre, Pawluch et Vedadhir (2008) ont récemment proposé la notion de « jeu de la médicalisation » (« *medicalization game* ») pour échapper à cette vision dichotomique. Nous résumerons leur proposition analytique comme entrée en matière aux travaux de Danilo Martuccelli qui nous serviront, au chapitre suivant, d'assise théorique à cette reconfiguration du terme médicalisation.

### 8.3.1 La métaphore sociologique du « jeu de la médicalisation »

S'inscrivant dans cette ligne de pensée, Dorothy Pawluch et AbouAli Vedadhir ont proposé une nouvelle façon d'entrevoir et de saisir les mécanismes de la médicalisation lors d'une conférence prononcée à Montréal en 2008 et intitulée « The Sociology of Medicalization: Getting Back to Basics ». Comme certains de leurs contemporains, Pawluch et Vedadhir ont été à même de constater au cours des dernières années les différences majeures d'interprétation entourant le champ sémantique mobilisé par le terme médicalisation. Comme nous l'avons exposé dans les chapitres précédents, il existe une confusion conceptuelle certaine autour des représentations, modalités et mécanismes sollicités par ce concept, phénomène et processus. Si une telle pluralité de sens peut, selon certains, être bénéfique pour un champ de connaissance et témoigner de la fertilité des propositions théoriques qui le composent, il en va tout autrement pour Pawluch et Vedadhir. La sociologie de la médicalisation, disent-ils, doit composer depuis l'émergence de ce terme dans la littérature avec une si grande variété d'interprétations et de conceptions théoriques que cela en limite son développement. Ces auteurs proposent donc de recentrer la définition de la médicalisation « to get sociology of medicalization back on track » (Pawluch et Vedadhir, 2008). Pour ce faire, et ainsi éviter que ce terme demeure un fourre-tout conceptuel, ils suggèrent de s'interroger dorénavant davantage sur le « comment » du processus de médicalisation que sur le « pourquoi », ce que plusieurs sociologues ont négligé de faire pendant longtemps.

Pawluch et Vedadhir se sont dès lors tournés vers la sociologie des problèmes sociaux, qui a aussi eu pendant longtemps, expliquent-ils, à faire face à une confusion définitionnelle. Loseke (2003) est l'un des auteurs, à leur avis, qui a su dépasser cette difficulté en proposant la notion de « social problems game ». Comme dans tous les jeux, résument-ils la proposition de Loseke, « there are players, moves and an ultimate objective. The players include both claim-makers and their audiences. Their moves



refers to their strategies for winning. The object of the game is "to persuade people to worry about a condition and to do something to resolve it" » (Loseke, 2003, p. 20 dans Pawluch et Vedadhir, 2008). Inspirés par cette proposition, les auteurs de la conférence ont proposé à leur tour d'introduire la notion de « medicalization game » comme mode de compréhension central de ce terme en sociologie.

Le « jeu de la médicalisation » comprend ainsi un objectif partagé entre les différents joueurs et qui consiste à faire adopter par tous la même interprétation de ce qu'est la médicalisation et ce qui se doit d'être médicalisé, bref de la configuration du normal et du pathologique. Pour plusieurs joueurs impliqués dans ce processus, « the object of the medicalization game is to persuade an audience about the medical/health-related nature of some aspects of social reality – a behaviour, problem, experience or situation ». Pour d'autres, à l'opposé, ce jeu « may be about refusing, resisting or challenging such claims (demedicalization) » (Pawluch et Vedadhir, 2008). En définitive, tous les acteurs/joueurs impliqués dans le processus de médicalisation cherchent à convaincre leur auditoire, c'est-à-dire les autres joueurs, du bien-fondé de leur interprétation et à faire adopter leur perspective. Mais que cet objectif soit atteint ou non, il n'en demeure pas moins que chacune des stratégies employées est très révélatrice des conditions de possibilités de la médicalisation et se doit d'être prise en compte dans l'analyse de ce « jeu de la médicalisation ».

Cette approche de la médicalisation en tant que jeu de stratégies a l'avantage, selon ses auteurs, d'éviter le débat qui a cours depuis maintenant quarante ans, quant à savoir si la médicalisation est le résultat d'un processus vertical ou horizontal. Différents acteurs et groupes, tous experts à leur manière, sont impliqués dans ce processus et peuvent en toute occasion chercher à en orienter la trajectoire. D'ailleurs, il est à noter que si certains groupes ou individus préfèrent agir seuls, d'autres peuvent joindre leurs efforts et s'organiser en coalitions pour parvenir à leurs fins, bien qu'il puisse arriver que des divergences d'interprétations et des tensions surviennent au sein même de ces groupes. Mais surtout, expliquent Pawluch et Vedadhir, cette approche du « jeu de la médicalisation » rejette l'idée que cette dernière soit le produit d'un seul groupe, par exemple la profession médicale. Les rôles, responsabilités et stratégies de chacun des acteurs ou groupes ne sont pas définis a priori et peuvent changer à tout moment.

Comme nous l'avons vu précédemment, nombreux sont les acteurs, autres que les médecins, à être impliqués dans la médicalisation du social. Les compagnies pharmaceutiques, les gouvernements, les groupes de pression et les patients par exemple sont engagés dans un même « jeu de la médicalisation », possédant tous un certain degré de pouvoir – bien que souvent réparti inégalement

entre eux – et la capacité d’influencer l’orientation du processus et phénomène de la médicalisation et les interprétations privilégiées par les autres joueurs. Même les sociologues, jugent-ils, en reprenant l’idée de Strong (1979), sont appelés à participer à ce jeu de la médicalisation. Non seulement sont-ils des témoins privilégiés de par leurs analyses des stratégies préconisées par les autres acteurs/joueurs, mais ils se trouvent aussi plus souvent qu’autrement eux-mêmes engagés dans le débat, délaissant alors leur rôle d’observateurs pour devenir des joueurs à part entière. Bref, « power is as power does. Power is enacted. Power becomes a function of who prevails in the medicalization game. And as the empirical literature has repeatedly demonstrated, power is often found in unexpected places » (Pawluch et Vedadhir, 2008).

Cette proposition de Pawluch et Vedadhir d’entrevoir la médicalisation comme un jeu de stratégies offre certes une flexibilité sans précédent pour les analyses sociologiques, mais les auteurs sont restés discrets à savoir si, comme dans tout jeu de société, on pouvait ultimement identifier des gagnants et des perdants. Cette métaphore du « jeu de la médicalisation » répond somme toute à cette invitation lancée par plusieurs sociologues de délaisser les interprétations dichotomiques du processus, phénomène et concept auquel correspond le terme médicalisation. À la frontière de différents axes antithétiques, la médicalisation fait autant appel aux notions de structures sociales et d’action individuelle, d’assujettissement et de subjectivation ou encore de contrôle et d’autonomie. Il est grandement temps, selon plusieurs, de chercher une troisième voie d’interprétation sociologique afin de saisir les phénomènes sociaux, dont la médicalisation, dans leur globalité.

### 8.3.2 Un appel pour une troisième voie

Pour expliquer le « vivre ensemble », la sociologie a, de façon générale, souvent eu recours à deux paradigmes d’interprétation distincts, l’un valorisant davantage la totalité sociale au détriment du caractère individuel de ses membres, l’autre considérant les individus comme étant les atomes de base dans l’analyse des processus sociaux. Ces paradigmes constituent des pôles structurants autour desquels s’organisent de multiples combinaisons théoriques aux frontières parfois plus ou moins clairement définies. De fait, « la naissance et le développement de la sociologie ont particulièrement été marqués par l’opposition entre le collectif et l’individuel, opposition devenue structurante et rituelle » (Corcuff, 2008, p. 183). Si cette dichotomie a éclairé la démarche globale de plusieurs générations de sociologues, nombreux sont ceux qui, aujourd’hui, sont à la recherche d’une troisième voie afin de sortir une fois pour toutes de cette logique antithétique.

Un nombre grandissant de sociologues reconnaissent à quel point l'analyse des phénomènes sociaux est en soi un exercice complexe et parfois périlleux qui exige de prendre en compte une multitude de facteurs, composantes et acteurs sociaux dans l'espoir d'en proposer un juste portrait. Des efforts considérables ont été accomplis dans les dernières années pour éviter d'utiliser ces approches dichotomiques (Ogien, 2001). De fait, pour éviter de se trouver en situation précaire et surtout d'être restreinte par l'un ou l'autre de ses pôles structurants, la sociologie tend de plus en plus à chercher à inscrire sa compréhension des phénomènes sociaux dans un pluralisme mettant de l'avant de multiples façons d'interroger les acteurs et d'expliquer les événements.

Cet exercice de reconstruction théorique signifie donc bien plus que la simple introduction de représentations individuelles dans les analyses collectives, et vice versa, cette approche ayant de fait toujours existé puisque les auteurs ne se situent jamais uniquement dans une position théorique pure, voyant même parfois leur propre positionnement être reconsidéré au fil de leurs écrits. Chercher à dépasser cette perspective dichotomique implique désormais qu'il faille « tenir compte de la manière dont les activités des acteurs sociaux sont imprégnées dans leur identification même et donc dans leur production par un environnement relationnel social » (Livet, 2001, p. 294). Le social et les individus ne sont pas des entités divisées ou superposées l'une à l'autre que le sociologue peut mettre en scène et interroger selon ses préférences idéologiques. Au contraire, elles ne forment qu'une seule entité dans laquelle les motivations et actions des individus s'inscrivent en tout temps, explicitement ou implicitement, dans un réseau de relations sociales que les individus peuvent aussi, dans certaines circonstances et à divers degrés, détourner en fonction de leurs propres intérêts, capacités et ressources. C'est exactement cet appel à la combinaison des points de vue que lancent aujourd'hui de nombreux sociologues (Olivier de Sardan, 2008).

Cet appel à une troisième voie a de fait donné naissance à plusieurs ébauches ou tentatives théoriques, dont le relationnisme méthodologique de Philippe Corcuff (2007) ou encore l'individualisme méthodologique complexe proposé par Jean-Pierre Dupuy (2004a). Ces dernières mettent à l'avant-plan cette volonté ferme de tenir compte à la fois des structures sociales et des entités individuelles, mais aussi et surtout des relations qui les unissent. De son côté, Corcuff (2007) cherche à désigner les relations sociales comme étant les entités premières de l'analyse sociologique alors que les relations entre les acteurs individuels et les formes collectives se cristallisent de manière sporadique et spécifique selon les contextes sociohistoriques. Ainsi, plutôt que de choisir son camp entre les principaux pôles conceptuels structurants de la sociologie, Corcuff s'attarde, dans ses travaux actuels,

d'avantage à composer un troisième programme qui s'inscrit tout à fait dans l'air du temps sociologique (Jacquemain et Frère, 2008).

Jean-Pierre Dupuy travaille également à faire valoir la nécessité de voir émerger un point de jonction entre les structures sociales et l'action individuelle. C'est ainsi que de son côté, il propose la création d'un individualisme méthodologique complexe dans lequel le monde social intègre à la fois les actions individuelles et les structures sociales. Rejetant les approches inspirées de l'individualisme et du holisme méthodologiques, qu'il juge simplistes, Dupuy cherche à concevoir l'ordre social en partant des individus parce que « l'ordre, c'est l'unité dans la multiplicité » (Dupuy, 2004a, p. 313). De fait, il cherche à démontrer que l'ordre et le désordre sont conjointement insérés au cœur d'une même structure afin d'éviter aux sociologues de plonger dans diverses figures « post-modernes » du désordre individualiste (caractérisées par un supposé chaos éternel ou un monde sans foi ni loi) mises au jour par l'effondrement des mécanismes de structuration des sociétés. Ainsi, pour Dupuy, « entre la conception individualiste de l'ordre et la conception individualiste du désordre, il y a une complicité profonde, malgré leur opposition manifeste » (2004a, p. 327). L'ordre et le désordre proviennent ainsi d'un même mécanisme sous-jacent. Le passage de l'un à l'autre lui permet de « penser l'ordre d'une façon qui échappe aux schémas de la "ruse de la Raison" – un ordre sans fondement ni destination dans une vérité ou une réalité ultimes; il devient symétriquement possible de concevoir que le désordre peut parfois s'organiser en formes stables » (2004a, p. 328).

Malgré tous les efforts consacrés ces dernières années à la recherche d'une troisième voie, la sociologie n'est pas encore parvenue, selon Ogien (2001), à trouver une véritable solution en réponse à ce débat qui oppose traditionnellement ses deux paradigmes structurants. Aussi, nous sommes d'avis que l'application d'un cadre sociologique issu de cette troisième voie aurait la souplesse nécessaire pour aider à concevoir autrement la médicalisation que dans sa version monolithique, laquelle a dominé les discours sur la médicalisation dès l'émergence de ce terme et demeure encore aujourd'hui très présente. La reconfiguration du terme médicalisation, souhaitée par plusieurs, doit s'appuyer sur une proposition théorique solide qui tienne compte à la fois de l'existence de structures sociales fortes et d'espaces d'autonomie pour des individus appelés à se définir.

À cet égard, les travaux de Martuccelli (2005) sur les consistances du social et le caractère ontologiquement élastique de la vie sociale nous semblent particulièrement intéressants, en ce qu'ils nous permettraient de jeter un éclairage différent sur les significations, mécanismes et enjeux de la médicalisation. Le feuilleté de textures qui compose le terme médicalisation est le fruit de plusieurs

décennies d'analyses sociologiques menées par de nombreux chercheurs au point de vue théorique parfois bien délimité. Mais la médicalisation, comme tout phénomène social, ne s'inscrirait-elle pas à la fois dans des espaces d'assujettissement et de subjectivation des acteurs ? L'analyse sociologique n'aurait-elle pas intérêt à se tourner vers ces processus sociaux afin d'être à même de révéler la nature des contingences et des possibilités d'actions individuelles et collectives sur lesquelles repose la médicalisation ? Nous pensons que les travaux de Martuccelli pourraient contribuer à l'émergence d'un programme capable de répondre aux nombreuses critiques adressées dans les années passées aux sociologues et apporter des pistes de réflexion novatrices visant à échapper à ce dilemme théorique qui travaille les sciences sociales depuis maintenant plusieurs générations.



## CHAPITRE IX

### LA RECONFIGURATION DE LA MÉDICALISATION. ENTRE INDÉTERMINATION ET CONTRAINTE

Divers auteurs contemporains se sont aventurés sur cette troisième voie d'interprétation sociologique qui cherche à comprendre l'ordre social autrement que par le biais des deux pôles d'analyse traditionnels qui opposent la société aux individus (Ogien, 2001; Olivier de Sardan, 2008). Parmi l'ensemble de ces travaux, ceux de Danilo Martuccelli (2005) nous ont semblé pertinents pour poursuivre la réflexion sur la reconfiguration du terme médicalisation. Sa démarche sociologique et sa conception de la vie sociale pourraient, à notre avis, enrichir les réflexions sur les mécanismes, enjeux et significations mobilisés par le champ sémantique du terme médicalisation et contribuer à faire prendre à ce dernier un virage conceptuel tant attendu par maintenant de nombreux sociologues.

Nous avons choisi de présenter le cadre théorique développé par Martuccelli puisque ses propositions rejoignent notre point de vue sur la manière dont la médicalisation devrait être étudiée par les sociologues. Nos travaux antérieurs sur la suppression des menstruations par la prise continue d'un contraceptif hormonal – qui était majoritairement entrevue soit comme le résultat d'un libre choix exercé par les femmes et leur libération face à une réalité biologique archaïque, soit au contraire, comme leur emprisonnement au sein d'une société thérapeutique normalisée (Nader, 2007) – nous ont amenés à souhaiter proposer à notre tour une vision de la médicalisation qui puisse échapper à ces légendes noire et rose. L'exemple de la suppression des menstruations nous a montré à quel point les débats sur la médicalisation d'événements de la vie pouvaient être polarisés et mobilisés autour d'une vision trop souvent partielle et partielle. L'approche de Martuccelli, qui met l'accent sur la recherche des modes opératoires du social, offre, à notre avis, l'opportunité d'asseoir sur des fondements théoriques solides la reconfiguration du terme médicalisation souhaitée par plusieurs sociologues contemporains auxquels nous nous associons. Prendre acte de la malléabilité résistante de la vie sociale, comme le suggère Martuccelli, pourrait en effet permettre aux sociologues d'entrevoir la médicalisation dans toute sa complexité, c'est-à-dire autrement que dans ses seules dynamiques d'assujettissement ou de subjectivation.

Ce dernier chapitre sera donc l'occasion pour nous de présenter le cadre théorique que Martuccelli a développé autour de la notion de consistance du social. La première section de ce chapitre, bien qu'elle ne reprenne que dans ses grandes lignes la position de Martuccelli, demeure suffisamment exhaustive pour nous permettre de repérer différents principes proposés par Martuccelli qui pourraient être éventuellement d'intérêt pour une analyse approfondie des mécanismes, enjeux et acteurs mobilisés dans le cadre de la médicalisation d'un cas de figure spécifique. De plus, Martuccelli demeure encore aujourd'hui un sociologue relativement méconnu de ses pairs. Il nous a donc semblé important de lui offrir une vitrine suffisamment élargie pour permettre une compréhension globale de sa proposition théorique contemporaine. La seconde partie de ce chapitre s'inspire du cadre théorique développé par Martuccelli pour amorcer une réflexion sur le terme médicalisation et sa nécessaire reconfiguration. Nous ne prétendons aucunement offrir une analyse achevée sur le champ sémantique auquel le terme médicalisation devrait faire référence, ni même sur la façon dont les analyses empiriques sur la médicalisation devraient être conduites. Nous souhaitons plutôt ici revisiter globalement les fondements sur lesquels devrait reposer l'analyse de la médicalisation du social et réitérer le souci d'offrir une vision élargie de la médicalisation, ses implications, enjeux et mécanismes, qui devrait habiter chacun des sociologues impliqués dans ces démarches analytiques complexes.

### 9.1 La consistance du social et la malléabilité résistante de l'intermonde

Selon Martuccelli, la sociologie est depuis longtemps dans une impasse intellectuelle alors qu'elle ne cesse de se questionner sur ce qui permet l'unification et le maintien des sociétés. Personne, croit-il, n'a encore à ce jour réussi à répondre sans équivoque à cette question fondamentale. Jusqu'à maintenant, cette interrogation première s'est orientée, pour de nombreux auteurs, autour du « problème de l'ordre social », problème qu'ils ont depuis tenté de résoudre en redessinant constamment les liens existants entre les individus et la société, en superposant généralement l'un à l'autre.

À l'intérieur de ce questionnement, et au-delà de la diversité des langages théoriques employés, deux grandes stratégies sont repérables. Pour la première, ce serait au niveau de l'action elle-même qu'il faudrait chercher les raisons de la continuité de l'ordre social, depuis les adaptations plus ou moins réflexes de l'individu au monde jusqu'à celles qui s'appuient sur des doses toujours croissantes d'interprétation ou de réflexivité. La deuxième a préféré affirmer le caractère fortement structuré des domaines sociaux, au travers de l'idée d'un tout organique (la « société »), ou de structures organisées dans un ensemble bien délimité de positions objectives et de contrôle divers, permettant par la suite d'interpréter, avec plus ou moins de fortune, la conduite des acteurs. Bien entendu, aucune démarche sociologique n'a jamais véritablement,

polémiques mises à part, dissocié entièrement ces deux réalités et d'une manière ou d'une autre, le mouvement de l'analyse a toujours consisté à les mettre en rapport (Martuccelli, 2005, p. 19).

L'explication du problème de l'ordre social est à chercher, selon Martuccelli, au sein même de la relation qui unit l'action individuelle aux structures sociales. La sociologie, critique-t-il, est née de la volonté d'expliquer l'ordre social autrement que par une volonté divine ou un quelconque ordre transcendant dicté de l'extérieur. Et pourtant, cette même discipline n'a cessé, depuis sa création, de chercher un succédané à cet ordre, espérant le trouver au sein de l'action individuelle et de la motivation des acteurs, ou encore, comme le suggère la sociologie critique, dans les structures sociales et leurs contraintes.

Trop longtemps, cette sociologie critique a souhaité mettre à l'avant-scène un Sujet historique révolutionnaire, capable de s'opposer fermement à la société dans laquelle il vit. L'impossibilité de présenter une telle figure utopique a mené à la radicalisation des théories de la domination mettant en scène des sociétés totalement administrées et rationalisées. Et pourtant, affirme Martuccelli, les sociétés modernes disposent d'un important pouvoir d'action sur elles-mêmes alors qu'aucun acteur ne peut aujourd'hui imposer entièrement sa volonté aux autres, et ce malgré l'existence indéniable d'un différentiel de pouvoir entre les acteurs d'une même société. Martuccelli émet ainsi d'importantes réserves quant à la capacité de la sociologie critique de rendre véritablement compte de la réalité sociale. Ce faisant, il invite les sociologues, d'une part, à délaisser, non pas leur capacité critique, mais leur propension à interpréter, souvent de manière excessive, les événements sociaux uniquement que sous l'égide d'un ordre social englobant et uniforme, et, d'autre part, à chercher à comprendre la dynamique particulière qui unit le pouvoir et l'initiative individuelle.

Selon Martuccelli, la compréhension de l'ordre social réside donc ailleurs qu'entre ses deux principaux pôles explicatifs puisque la continuité de la vie sociale ne peut se justifier par la suprématie de l'action individuelle indéterminée, tout comme elle ne peut être entièrement circonscrite dans une force sociale totale doublée d'un puissant dispositif normatif. Si les réponses au problème de l'ordre social, et leurs différentes déclinaisons proposées jusqu'à présent par de nombreux sociologues, ne sont pas inadéquates, tient-il par ailleurs à souligner, l'interrogation première se doit quant à elle d'être drastiquement modifiée parce que « la nature même de la vie sociale rend superflues la plupart de ces réponses » (Martuccelli, 2005, p. 28).

Il est donc désormais impératif de déplacer la question théorique initiale – celle du maintien de l'ordre social – au profit de l'analyse de ses caractéristiques ontologiques, car pour Martuccelli, le maintien de

l'ordre social réside tout à la fois dans les deux pôles traditionnels proposés. C'est donc dire que les mécanismes qui permettent un tel maintien doivent moins être interprétés en regard soit aux acteurs, soit aux structures qui les composent, mais davantage à la lumière de la spécificité et du caractère unique du mode opératoire de la vie sociale. Ainsi, selon cet auteur, « la question originelle cesse de porter sur l'ordre social (qu'est-ce qui fait tenir ensemble la société ?) et se tourne vers des considérations ontologiques (quelles sont les caractéristiques de l'être ensemble ?) » (2005, p. 30). C'est pour répondre à cette question fondamentale que Martuccelli nous propose une nouvelle théorie générale, qu'il entrevoit davantage comme un outil de travail regroupant un ensemble de propositions théoriques que comme une fin en soi dictant des solutions préconçues.

Ainsi, ses hypothèses amènent à penser que c'est cette mise en lumière des caractéristiques ontologiques de la vie sociale qui permet de cerner les composantes élémentaires d'une société, et de réfléchir aux conditions de possibilités de l'action et au mode opératoire de la vie sociale.

Il s'agit donc de cerner les traits ontologiques de la réalité sociale à partir de la possibilité *irrépressible* de l'action. Irrépressible : c'est-à-dire, que ce qui est premier, ce n'est pas l'étude des tendances, des conditionnements, les motivations ou les engrenages pratiques « explicatifs » de telle ou telle forme d'action, mais *la question d'un monde social où nous pouvons toujours agir parce qu'il est doté d'un mode opératoire particulier*. Ce qui se trouve donc au cœur de l'ontologie ce n'est pas la manière dont s'articulent les structures et l'agent, mais la volonté d'interroger la nature du social à partir de la possibilité irrépressible de l'action. [...] Ce qui est à la source du questionnement, ce ne sont pas les formes sociales que doivent emprunter les acteurs pour pouvoir agir, ou le statut de réalité des entités sociales, ou le « je peux » ontologique fondateur de l'individu, mais la nature d'un monde social rendant toujours l'action pratiquement possible (Martuccelli, 2005, p. 34).

Au-delà du fait de savoir si la réalité sociale est construite par l'action individuelle ou les relations de pouvoir, ou encore de comprendre les motivations et intérêts des acteurs, la sociologie devrait davantage, selon Martuccelli, chercher à mettre en lumière les limites imposées à l'action individuelle par le monde social, les acteurs agissant toujours en supposant l'existence d'une forme quelconque de limites et de forces régulatrices. Ces formes de pouvoir existent tout autant que la volonté individuelle, là n'est pas la question. L'exercice fondamental réside davantage dans la recherche d'une meilleure compréhension des caractéristiques ontologiques de la vie sociale, et particulièrement de ses modes opératoires, ce qui permettrait ultimement de mieux comprendre les faits sociaux. Il s'agit là d'une étape essentielle pour éviter de tomber dans le piège d'un « réductionnisme individualiste et d'une mystérieuse réalité sociale à pouvoirs causaux », bien qu'il faille tout autant rejeter l'idée d'une « division de la vie sociale entre un monde externe, contraignant, objectif et soumis à la loi de la

nécessité et un acteur d'autant plus libre qu'il devient la seule et dernière source de créativité [...] » (Martuccelli, 2005, p. 34-36).

L'approche que propose Martuccelli sous-tend une critique sévère de l'idéologie de domination qui traverse la sociologie depuis maintenant plusieurs générations de penseurs. S'il ne remet pas en question la présence de puissantes relations de pouvoir au sein même des sociétés, il refuse toutefois de se représenter le pouvoir à travers une vision mécaniciste censée se répandre uniformément dans les moindres recoins de la vie sociale. Trop souvent la sociologie a dépeint le pouvoir comme ayant une emprise « forte, globale et unitaire » (Martuccelli, 2005, p. 181) sur un ordre social marqué par la subordination et l'assujettissement d'une majorité d'individus au profit d'une minorité d'acteurs ou de groupes. Cette sociologie critique s'est toujours donnée pour mandat de faire la lumière sur les processus d'exploitation et d'aliénation, fruit de la modernisation des sociétés, à la source de cet ordre « naturel » auquel les individus n'auraient d'autre choix que de consentir, souvent même de façon inconsciente. Par exemple, et comme nous avons été à même de le constater, la littérature sur la médicalisation regorge d'articles dans lesquels leurs auteurs interprètent la médicalisation comme le produit d'une domination sociale d'une poignée d'acteurs individuels et corporatifs sur l'ensemble de la population. Mécanisme de contrôle social, perte de citoyenneté, dépendance des populations aux interventions médicales, etc. : les qualificatifs utilisés pour caractériser cette reconfiguration pathologique des réalités de l'existence humaine dégagent une image particulièrement forte des conséquences préjudiciables qu'entraîne la médicalisation du social.

Mais s'il faut, selon Martuccelli, « faire l'économie d'un principe de cohérence globale de la domination, supposé organiser de manière totale et verticale les sociétés », il appelle également à « se garder de conclure que là où il y a de la domination, il y a de la résistance » (2005, p. 183). La sociologie doit délaisser une fois pour toutes cette vision trop englobante de la domination, sans tomber outre mesure dans un individualisme sans limites. Or comment trouver un équilibre entre les acteurs et le système pour comprendre le vivre ensemble ? Comme on ne peut pas tracer une frontière entre ces deux pôles, Martuccelli propose d'introduire la notion d'intermonde qui se situe à la limite entre les structures, c'est-à-dire le monde externe, et les agents, soit les individus qui composent la société. La notion d'intermonde vise donc à souligner cette spécificité ontologique de la vie sociale en cernant avec précision les composantes structurelles et interactives qui s'insèrent entre les acteurs au cœur même de la vie sociale.



La vie sociale, ici illustrée par le concept d'intermonde, est marquée par sa capacité permanente d'être à la fois malléable, habilitante et élastique, tout en étant contraignante pour l'ensemble des acteurs qui y participent. L'introduction de cette notion d'intermonde facilite la mise au rancart de cette séparation dichotomique traditionnelle qui oppose la subjectivation et l'assujettissement : tout individu, dans chacune de ses actions, est à la fois soumis à une indétermination – lui permettant une grande liberté de mouvement – et à des contraintes qu'il se doit de respecter et ayant pour effet de limiter son champ d'action possible. C'est donc dire que « la question originelle est moins de savoir comment les acteurs produisent et reproduisent la vie sociale, que de comprendre les caractéristiques particulières d'élasticité de l'intermonde qui permettent justement le déroulement d'un grand nombre d'actions diverses, au sein d'un domaine malléable, mais jamais entièrement dépourvu de résistances » (Martuccelli, 2005, p. 37). La notion d'intermonde, avec ses attributs ontologiques, propose un modèle d'interprétation alternatif qui oblige à savamment doser la place accordée à l'action individuelle et aux structures sociales dans l'analyse des faits sociaux, alors que le différentiel de consistances du social permet à la fois l'existence de forces contrôlantes et un jeu immédiat de stratégie.

C'est justement cet équilibre précaire qui devrait être au cœur des analyses sociologiques, dont celles consacrées à la médicalisation, pour être à même de dégager les circonstances et les modalités opératoires susceptibles d'orienter la trajectoire des différentes réalités sociales. La médicalisation, en l'occurrence, s'insère au sein d'un intermonde dont la caractéristique première est la flexibilité des frontières, remettant d'emblée en question toute interprétation unilatérale – positive, tout autant que négative – de ce processus, phénomène et concept d'importance. C'est parce que la vie sociale n'est pas un tout cohérent et stable dont les assises sont indéfiniment implantées, nous dit Martuccelli, qu'il nous faut rompre avec la tentation intellectuelle de proposer un monde social qui soit inflexible et ordonné ou, au contraire, marqué par une possibilité infinie d'actions guidées uniquement par la volonté des acteurs. Il faut donc chercher à remplacer ces interprétations dichotomiques par un « intermonde social doté d'une série d'élasticités » (Martuccelli, 2005, p. 36). Cette caractéristique fondamentale permet au monde social de se maintenir en faisant valoir une surprenante capacité d'adaptation aux attentes des individus, sans toutefois élargir de façon illimitée les représentations et actions socialement autorisées. Les individus doivent donc apprendre à naviguer dans ce champ du possible et de l'impossible, dans lequel toute tentative visant à accroître leur rayon d'activités peut être balisée, voire contrecarrée, par une série de contraintes de nature diverse établies selon les circonstances. Chaque contexte qui compose l'intermonde a ainsi la capacité de

[...] s'« étirer » pratiquement, mais aussi de « récupérer » sa forme initiale dès qu'une énergie contraire cesse d'agir, voire, aussi, même si c'est déjà moins fréquent, de « céder » ou de se

« déformer » durablement, voire de se « rompre », lorsque la pression est trop forte ou trop continue. Selon les situations, et les actions en présence, l'intermonde est en effet capable de s'étirer plus ou moins avant d'atteindre un point de tension problématique donnant lieu soit à un « retour » vers des situations proches des états initiaux, soit, à l'inverse, à des nouveautés contextuelles. Le travail d'analyse passe par l'explication de ces différents éléments, moments et processus (Martuccelli, 2005, p. 39).

Prendre acte de cette élasticité de la vie sociale permet ainsi de mettre définitivement de côté « un objectivisme naïf » ou encore « un subjectivisme tout puissant », alors que tous les acteurs font constamment l'expérience de la présence de limites et de contraintes, bien que ces dernières puissent revêtir un caractère parfois plus diffus, parfois plus explicite. La vie sociale autorise le dévoilement de différents modèles sociaux, rarement synchronisés, mais face auxquels les individus sont appelés à faire des choix, choix qui seront par ailleurs influencés, il va sans dire, par les contraintes et barrières qui se dressent sur leur route. Malgré tout, cette idée d'un consensus imposé de façon organisée par des groupes dirigeants est désormais écartée alors que le caractère ontologique de l'intermonde suppose davantage des mécanismes de domination qui font écho à la consistance du social.

L'élasticité de l'intermonde permet ainsi de rendre compte de l'espace, marqué simultanément par l'ouverture et la fermeture, dans lequel se déploient les conduites individuelles. Il est impossible de limiter de façon permanente les contraintes et barrières qui se dressent devant les acteurs puisqu'elles sont, de par leur nature, aussi malléables et élastiques que l'action individuelle. Chaque situation, chaque action est marquée par une contextualisation qui lui est propre et dont il est essentiel d'en saisir les nuances et conséquences afin de mieux comprendre les événements sociaux et leur trajectoire. Par ailleurs, Martuccelli reconnaît que l'ensemble des acteurs composant une société ne disposent pas tous de la même capacité d'action et ne sont pas soumis aux mêmes contraintes. L'élasticité de l'intermonde n'est donc aucunement universelle alors que la vie sociale est soumise à un différentiel de limites et de possibilités « irréductibles aux topographies structurelles durablement stabilisées » (Martuccelli, 2005, p. 28).

Reconnaître l'existence du caractère élastique de la vie sociale à travers la notion d'intermonde, mais aussi sa répartition inégale entre les différents membres d'une société, suggère un virage dans la façon d'interpréter les phénomènes sociaux, comme celui de la médicalisation des conditions de l'existence humaine. Il faut donc prendre acte de cette consistance du social qui s'adapte selon le contexte dans lequel s'insèrent ces phénomènes et qui en font le produit d'un ensemble complexe de normes et structures sociales tout autant que de volontés individuelles.

### 9.1.1 Les textures, lentilles de la vie sociale

L'intermonde, caractérisé par son fort degré d'élasticité, est également composé d'une combinaison de textures, soit des couches de significations qui traversent inévitablement tout aspect de la vie sociale. Les textures représentent un intermédiaire fondamental qui unit l'individu à la réalité sociale, alors que son interprétation ne peut advenir sans une médiation culturelle et symbolique. De ce fait, toute réalité sociale est constituée de significations, de sens véhiculés par différentes formes de langage reposant inévitablement sur des systèmes normatifs et des univers symboliques sans lesquels ne pourraient exister les diverses formes culturelles. Pour Martuccelli, « l'étude de la vie sociale est inséparable de l'ensemble des horizons de sens, des significations, des signes, des représentations issues de l'enchevêtrement d'un grand nombre de dispositifs symboliques toujours déjà là » (2005, p. 43). Cette médiation symbolique est indissociable de la vie sociale puisque la réalité de chaque acteur en est influencée et est éprouvée par son intermédiaire.

Chaque fait social ou action est composé de ce que Martuccelli appelle un feuilleté de significations, c'est-à-dire « un ensemble plus ou moins hétérogène de couches de significations déposées, pliées ou dormantes ». Il précise que « tout élément social est constitué par un arsenal de textures, et plus la modernité se déploie, plus le nombre de couches héritées s'épaissit » (2005, p. 47). Les significations qui composent les différentes textures de la vie sociale sont élaborées de manière subjective puisque chaque acteur est appelé à développer sa propre compréhension de ses actions et des phénomènes sociaux auxquels il participe ou assiste. Aussi, si les textures peuvent permettre à plusieurs acteurs de développer une compréhension mutuelle d'une même réalité sociale, elles peuvent aussi dévoiler plusieurs significations pour une même réalité, ouvrant ainsi la porte au désaccord et à la confrontation entre ces acteurs. Rappelons-nous, par exemple, que la médicalisation doit pour exister recevoir l'assentiment d'un certain nombre d'acteurs sans quoi elle ne pourrait avoir lieu ou, du moins verrait son amplitude être fortement réduite. À quoi bon, par exemple, développer un nouveau médicament ou instrument médical si les médecins, les patients et les États refusent d'en faire l'utilisation pour des considérations scientifiques, personnelles, budgétaires ou politiques ?

Néanmoins, les textures jouent un rôle objectif primordial pour le maintien de l'unité sociale puisqu'elles permettent aux individus d'interpréter leurs actions et d'évaluer dans quelle mesure ces dernières correspondent aux représentations acceptables au sein de la collectivité dans laquelle ils se développent. C'est donc l'ensemble des textures sociales, et donc des significations, qui permet à

l'individu de saisir le champ des possibilités qui s'offrent à lui et des contraintes qui se dressent devant lui, ce sur quoi l'analyse devrait d'abord et avant tout se concentrer, selon Martuccelli.

En quelque sorte, les textures sont à la fois un horizon et un référent. Toute action ou tout fait social est borné à un moment donné par une signification qui fait partie indissociablement de « ce » qui la constitue comme action ou fait, mais en même temps, cette assignation interprétative – individuelle, interindividuelle ou collective – n'épuise pas l'horizon de potentialités qui en constituent, virtuellement, une action ou un fait social. [...] les textures désignent l'ensemble des processus de sédimentation des significations culturelles, pliées dans chaque action ou fait social, qui, dans leur abondance et sous forme de palimpseste historique, font, au moins virtuellement, de tout élément de la vie sociale une réalité irréductiblement polysémique. Dans tout fait social, il existe d'autres textures, différentes de celles qui s'actualisent à un moment donné, mais qui, dans leur réalité sédimentée peuvent faire partie à l'avenir des textures effectivement réalisées ou co-réalisées (Martuccelli, 2005, p. 48-55).

Les différentes significations adoptées se superposent, au fil des époques, les unes aux autres, constituant un véritable feuilleté de textures, pour reprendre l'expression de Martuccelli. Ainsi, chaque période historique est marquée par une ou des significations dominantes, ce qui n'empêche pas que d'autres significations plus ou moins masquées par les premières ne réapparaissent avec le temps. Au contraire, on assiste parfois à des luttes de significations entre des textures héritées du passé qui cherchent à ressurgir et à reprendre leur position dominante d'autrefois. On ne peut donc supposer une hiérarchie définitive entre les différentes significations puisque la vie sociale est toujours susceptible d'être le théâtre d'un affrontement entre diverses significations, bien qu'elle puisse aussi favoriser la coexistence de schémas interprétatifs divergents. Ce qui doit rester « au centre de l'hypothèse ontologique c'est l'ensemble virtuel des textures à l'œuvre, et donc leur variété, bien plus que la plus ou moins grande fréquence d'un cas de figure » (Martuccelli, 2005, p. 48). Notre analyse du champ sémantique mobilisé par le terme médicalisation nous aura d'ailleurs donné l'occasion de mettre en lumière l'ensemble des significations qui l'anime depuis l'entrée en vigueur de ce terme dans le vocabulaire sociologique, et d'y voir les nombreuses ressemblances et dissensions qui ont, au fil du temps, fait leur place. Les déplacements ont aussi été nombreux, comme nous avons pu le constater. Si certaines interprétations ont eu en effet une durée de vie très courte, surgissant de façon ponctuelle dans le champ sémantique du terme médicalisation, d'autres en revanche ont su perdurer au cours de ses quarante années d'existence. Mais surtout, si les propos d'un auteur comme ceux d'Ivan Illich (1975), par exemple, ont trouvé autant d'écho et influencé pendant plusieurs années, et même encore aujourd'hui, les significations associées à la médicalisation du social, c'est bien parce qu'ils s'inscrivaient dans un contexte social, économique et politique qui en autorisaient la diffusion.



Ainsi, nous signale Martuccelli, si les textures s'accumulent au fil des ans comme une couche de sédimentation, elles se répartissent également sur un horizon, profilant la diversité des significations autorisées socialement. À ce titre, la modernité est sans contredit caractérisée par un épaississement des textures suite, entre autres, à l'augmentation des moyens notamment symboliques mis à la disposition des individus, ce qui leur permet d'agir plus fréquemment et à plus grande distance sur l'ordre social. La prolifération de l'appareillage technologique, la mobilité grandissante des individus, le prolongement de la scolarisation, l'interculturalisme, et la culturalisation de la production industrielle contribuent, chacun à leur manière, à créer un voile de plus en plus opaque entre l'individu et la réalité sociale modifiant drastiquement le rapport au monde de ce dernier. Les acteurs sociaux sont aujourd'hui davantage conscients de la présence d'une multiplicité de textures, du fractionnement des événements sociaux et de leur représentation, effaçant graduellement « le sentiment d'une relation immédiate et peu problématique avec la réalité » (Martuccelli, 2005, p. 52). Il faut faire le deuil d'une culture englobante, commune à l'ensemble de la vie sociale puisque « la vie sociale est sans arrêt soumise à une articulation de nouvelles formes, accompagnant souvent les changements du monde à partir de logiques propres qui épaississent progressivement notre relation avec lui » (Martuccelli, 2005, p. 53). Cette prolifération de textures se traduit par une attitude d'étrangeté face au monde et a pour conséquence de faire disparaître la possibilité d'une signification unique, sinon dominante.

### 9.1.2 Les limites imposées par la vie sociale

Si les faits sociaux ne peuvent exister indépendamment des croyances et des actions individuelles, ces dernières sont aussi constamment limitées par la vie sociale. L'intermonde est composé d'un ensemble de coercitions, c'est-à-dire « des résistances et contraintes auxquelles est soumise la vie sociale » (Martuccelli, 2005, p. 42). Aussi, l'essentiel, selon Martuccelli, n'est pas de connaître la nature – causale, normative, etc. – des coercitions auxquelles doivent faire face les acteurs, ni les différents usages de la notion de contrainte, mais de saisir le mode de fonctionnement de ces coercitions au sein même de la vie sociale. Très tôt dans son développement, la sociologie a distingué les contraintes de nature physique des contraintes proprement morales imposées de façon durable et régulière aux acteurs sociaux. Or, précise Martuccelli, la sociologie a fait fausse route alors que « l'intermonde social n'est absolument pas une structure matérielle objective conditionnant de l'extérieur ou de l'intérieur, de manière univoque et constante, la conduite des individus » (2005, p. 57). Il faut dès maintenant cesser d'entrevoir la vie sociale comme étant dictée par un ensemble de coercitions extérieures, durables et immédiates, que les acteurs chercheraient à déjouer stratégiquement et de manière plus ou moins efficace selon leur marge d'action individuelle.



Au sein de l'intermonde, les coercitions et les résistances auxquelles les acteurs doivent continuellement faire face dans l'action sont complexes et de nature variable, étant marquées par un fort degré d'élasticité qui les rend « rebelles à toute cristallisation exhaustive » (Martuccelli, 2005, p. 59). Un même processus peut, selon les circonstances, avoir un effet de contrainte ou encore de facilitation. Aussi, les coercitions peuvent agir sur l'acteur par l'entremise d'une médiation culturelle, ou, de manière plus objective, limiter ses actions en lui opposant des contraintes extérieures qui peuvent agir même en étant plus ou moins prises en compte par la conscience individuelle. C'est ainsi que l'intermonde, situé à la frontière entre les acteurs et le système, est constamment empreint de coercitions variables, intermittentes, aux effets multiples et qui ne peuvent être réparties dans un ordre hiérarchique. Les coercitions peuvent être générées par de nombreux facteurs sur lesquels les individus ont un plus ou moins grand degré de contrôle, tels que des limites physiques, spatiales, biologiques, matérielles, sociales ou symboliques. Mais ces coercitions ont toutes en commun la capacité de potentiellement entraver la volonté des acteurs sociaux. D'ailleurs, si la médicalisation, par exemple, a pour but premier d'annuler ou de réduire les effets de limites physiques et biologiques que des individus peuvent expérimenter, elle peut à son tour – et c'est là le risque diront plusieurs – contraindre des populations entières par ses effets iatrogéniques. C'est cette complexité de la médicalisation, qui agit à la fois comme un mécanisme de contrainte et de facilitation, qu'il nous faut mettre en lumière. La médicalisation peut dans cette optique à la fois prendre la forme d'une obligation (obligation morale de consulter les professionnels appropriés et de leur dévoiler les moindres recoins de l'intimité de chacun, etc.) que de mécanismes de soutien (remodelage de son corps selon ses besoins et préférences, amélioration des capacités et performances, etc.).

Martuccelli distingue à ce titre quatre types de coercitions – objectives, interactives, symboliques, et intérieures – qui, bien que présentées sous la forme d'idéaux types, agissent, tient-il à le préciser, dans la majorité des cas en interrelation. Les coercitions objectives sont, de façon générale, de nature physique, structurelle ou systémique. Caractérisé par un fort degré d'extériorité, ce type de coercitions impose « par un état des rapports sociaux cristallisés » (Martuccelli, 2005, p. 61) des limites à l'action humaine dont les individus peuvent être plus ou moins conscients. Souvent prédominantes en sociologie, Martuccelli nous met toutefois en garde d'y voir là un déterminisme univoque alors que les modalités opératoires de ce type de coercitions sont constamment modifiées, étant elles-mêmes marquées par une profonde malléabilité.

Les coercitions interactives sont pour leur part associées aux relations qu'entretient un individu avec les autres membres de sa communauté, et la réponse de ces derniers à une action donnée. « On suppose

ici que ce sont les autres membres de la collectivité qui corrigeront les actions individuelles qui ne s'adaptent pas aux critères sociaux établis » (Martuccelli, 2005, p. 64). L'anticipation de la réaction des autres acteurs sollicités joue donc un rôle majeur dans la trajectoire des actions individuelles, bien qu'il soit impossible pour un individu de prévoir l'ensemble de ces réactions et de mettre en place des stratégies interactives entièrement contrôlées.

Les coercitions symboliques posent quant à elles les bornes des significations, représentations, limites et possibilités qui s'offrent aux individus à un moment donné de leur existence, et ce avant même que ces individus puissent souhaiter ou concevoir un quelconque état ou schéma interprétatif. Ce type de coercitions « est à associer aux structures symboliques dont dispose un groupe social, fonctionnant comme une sorte de chape, plus ou moins contraignante, dictant à la fois un ensemble de possibilités et un mécanisme de forclusion d'autres interprétations par le biais d'incompatibilités dites parfois structurales » (Martuccelli, 2005, p. 68). Les contraintes et résistances de nature symbolique remodelent ainsi sans cesse les représentations individuelles et collectives autorisées, bien que les individus ne puissent toutefois déceler à l'avance l'ensemble des interdits et des possibilités, puisque les coercitions symboliques fluctuent pour s'adapter aux divers contextes dans lesquels elles s'imbriquent.

Finalement, les coercitions intérieures désignent celles dont l'acteur a « faites siennes, soit en les incorporant physiquement, soit en les intériorisant de façon normative » (Martuccelli, 2005, p. 68). D'ailleurs, le corps en tant que « principal médiateur entre l'action et le monde » (Martuccelli, 2005, p. 34) est central dans l'analyse de ce type de coercitions, car il fait le pont entre l'intériorité de l'individu et l'extériorité du monde alors que les domaines d'action peuvent être plus ou moins éloignés de l'environnement corporel de l'individu (selon les limites imposées par la vie sociale et physiologique, et les permissions accordées). Les coercitions intérieures peuvent opérer soit par incorporation ou intériorisation, que seul un long travail de socialisation aura rendues possibles, soulignant de fait le caractère interne de certaines résistances. Régulièrement, les individus agissent sans trop savoir pourquoi, sachant seulement que certaines choses leur sont permises alors que d'autres leur sont interdites. Si la force de ce type de coercitions a souvent été exagérée par le passé, soutient Martuccelli, il n'en demeure pas moins que les individus sont constamment soumis à des sanctions morales lors du non-respect des normes sociales. Malgré cela, il nous rappelle à quel point il faille éviter le piège d'un raisonnement sociologique voulant que les coercitions intérieures puissent assurer un ultime contrôle des acteurs par la régulation de leurs conduites. Il est impossible, selon lui, de concevoir un travail de socialisation si profond, où les individus seraient partout et de manière

permanente et durable soumis à une forte contrainte morale envers laquelle ils ne sauraient faire preuve d'un minimum de réflexivité.

### 9.1.3 L'action au sein de l'intermonde

De par sa notion d'intermonde, composé d'un ensemble de textures et de coercitions variables, Martuccelli remet en question le penchant de la sociologie à constamment chercher à répartir le fonctionnement de la vie sociale selon une vision duale dans laquelle le « système » affronte les « acteurs » pour le contrôle de la vie sociale. Il faut cesser, soutient-il, d'interpréter les pôles du déterminisme et de la liberté comme des entités séparées, voire même opposées, et les replacer au sein d'un intermonde caractérisé par sa grande élasticité et où s'entrechoquent de multiples textures, coercitions et possibilités. Il faut désormais chercher à dépasser la dichotomie société/individu, et reconnaître, en les plaçant au centre de l'analyse, les liens qui unissent ces deux entités et surtout la façon dont les individus sont façonnés par le social et le social est façonné par les comportements individuels. C'est pourquoi d'ailleurs, souligne Martuccelli, « il est faux d'affirmer de manière péremptoire que les vraies solutions sont toujours, à terme, de nature structurelle ou macro et qu'à défaut de pouvoir envisager ce niveau d'action, les acteurs se contentent de trouver des réponses individuelles à des problèmes collectifs » (2005, p. 78).

Tous les acteurs gravitent dans un intermonde malléable et résistant, bien que chacun d'entre eux dispose de ressources variables et ait à faire face à un différentiel d'élasticité, c'est-à-dire une marge d'action limitée. L'état social est aussi, pour sa part, jamais constamment en mouvement ni sur le point de se cristalliser. Ainsi, la sociologie doit se débarrasser de sa volonté de voir émerger une unité sociétale forte ou de son désir d'une action individuelle sans limites. L'intermonde se situe davantage à la frontière de ces deux états, sans être lui-même ni totalement rigide ni totalement fluide, possédant à la fois des bornes solides et une élasticité foncière qui lui offrent une impressionnante capacité d'adaptation aux changements de représentations. Il s'agit donc, pour Martuccelli, de repérer les « degrés de consistance au sein d'un intermonde communément élastique. [...] L'analyse ne doit pas distinguer deux états du social, séparés l'un de l'autre, mais par le biais d'une seule conceptualisation ontologique, elle doit être capable de rendre compte simultanément et de l'un et de l'autre » (2005, p. 84). Tous les acteurs évoluent, à des degrés divers, dans un espace circonscrit, marqué à la fois du sceau de la liberté et de la contrainte. S'entremêle ainsi un assortiment de textures, de possibilités et de coercitions qui permet à toutes les composantes de la société de vivre ensemble au sein d'un

intermonde à la fois malléable et résistant. Bref, la diversité des consistances du social imprègne l'ensemble des rapports sociaux.

Cette conception de l'intermonde amène Martuccelli à un réexamen de la notion d'action qui se doit désormais d'être analysée à la lumière des consistances de la vie sociale. Trop souvent les sciences sociales ont consenti à l'adéquation et l'adaptation, voire même la détermination, de l'action par le contexte dans lequel elle se situe. Elles doivent maintenant modifier leur compréhension de l'action collective et individuelle en tenant compte des caractéristiques ontologiques de la vie sociale. Ainsi, pour Martuccelli, le travail d'analyse se doit d'expliquer l'action, non pas comme étant la conséquence directe de facteurs structurels ou individuels, mais plutôt en regard à sa capacité liminaire – pour pouvoir être effective – de s'insérer dans un intermonde à la fois élastique, malléable et résistant.

Les motivations des acteurs ne peuvent à elles seules expliquer ou justifier leurs actions. De fait, les motivations des acteurs peuvent être multiples et de diverses natures, et si leur analyse peut renseigner sur la réussite escomptée d'une action, c'est surtout la trajectoire de cette action et son « enchâssement dans un intermonde connaissant toute une série de différentiels de coercition élastiques » (Martuccelli, 2005, p. 90) qui peuvent en dire davantage. Autrement dit, la réussite d'une action dépend non seulement de la motivation de l'acteur et de critères subjectifs, mais aussi de son insertion dans un environnement social en perpétuel changement dont il faut prendre en compte l'épaisseur des textures et la complexité des coercitions. L'analyse doit donc davantage s'interroger sur l'ensemble des coercitions et des textures qui permettent ou non le déploiement d'une action et la façon dont ils en influencent l'itinéraire. Ainsi, par exemple, la seule requête d'un regroupement d'individus qui souhaiteraient voir l'une de leurs conditions être médicalisée ne devrait pas être en elle-même le point focal de l'analyse sociologique – bien qu'elle en dévoile des indices importants. Il s'agit aussi, et surtout, d'étudier les conditions dans lesquelles cette revendication a lieu, ainsi que sa portée et sa trajectoire (campagnes promotionnelles et lobbying, mobilisation sociale et alliances politiques, appréhensions sociales et préjugés, etc.).

Il faut par le fait même, précise Martuccelli, éviter d'envisager qu'une relation directe puisse exister entre le sens visé d'une action et sa réalisation. Si dans certaines circonstances cet accord peut exister, nous dit-il, ce n'est pas tant parce que l'individu a su répondre parfaitement aux conditions de la vie sociale, mais bien parce que cette dernière, de par la malléabilité de ses résistances, a su autoriser son déploiement. Aucun acteur ne peut stratégiquement contrôler l'ensemble de la chaîne causale de ses actions et son évaluation, ni même la réorienter en cours de route afin qu'elle corresponde à son idéal

de départ. Toute action est constituée de motivations diverses, de croyances, de raisonnements, de calculs, et s'insère dans un continuum où se côtoient à la fois des conduites routinières qui ne demandent aucune ou très peu de réflexion, et des pratiques élaborées de manière stratégique et rationnelle.

La notion de décalage permet de mieux saisir les mouvements d'éloignement et de dérive qui se produisent dans la très grande majorité des actions. Suivant une trajectoire instable, l'action résulte presque toujours d'une forme de décalage entre une pratique et un idéal visé. Dans un intermonde au caractère si élastique, les adéquations entre l'action et la vie sociale ne peuvent être en effet que momentanées, et ont souvent peu à voir avec les résultats escomptés. De fait, l'action, avant même d'être réalisée, porte en elle une potentialité d'écart pouvant fortement l'éloigner de son objectif initial, dans une recherche de compromis temporaire. L'action ne peut être entrevue comme le pur produit d'une articulation parfaite entre des composantes subjectives (les motivations de l'acteur, ses représentations, etc.) et des facteurs environnementaux supposés objectifs (les contraintes sociales, la position sociale de l'acteur, ses ressources, etc.). Au contraire, affirme Martuccelli, c'est la virtualité de leur dissociation qui rend l'action si imprévisible.

Ce sont les décalages, soit les divers parcours possibles que peut prendre une même pratique, qui doivent être au cœur de l'analyse, afin de mettre en lumière les diverses composantes de la vie sociale qui autorisent ou résistent au déploiement d'une action et les stratégies individuelles ou collectives mises en place pour atteindre les résultats espérés. Il faut donc, souligne Martuccelli, chercher à comprendre l'action par l'entremise du « différentiel de consistances du social [et de] la multiplicité de ses formes de décalages lors de leur inscription pratique dans le monde. Nos actions sont souvent approximatives pratiquement, incertaines normativement, et pourtant, leur déroulement reste possible [...] » (2005, p. 88). Si une action – qui se compose inévitablement de buts, motivations, acteurs, événements contextuels et issues – peut être étudiée initialement selon le sens que l'acteur lui donne, elle peut aussi et doit être interrogée à partir de son itinéraire et des coercitions et possibilités que lui offre la vie sociale parce que cette action est à la fois le résultat de décisions subjectives et d'événements objectifs.

Dans sa structure minimale, l'action est une modification pouvant faire exister ce qui n'était pas, le transformer ou le faire disparaître. C'est dire qu'à l'origine de toute action se trouve un écart entre la conduite et le monde. C'est cette dissociation qui est première et fondamentale. Au socle de l'étude de l'action sociale se trouve donc sa distance incompressible avec un état du monde. C'est pourquoi, et à un haut niveau d'abstraction, le premier problème à aborder est celui de l'inadéquation fondatrice de toute action (Martuccelli, 2005, p. 98).



Toute pratique se situe d'emblée, et ne peut exister, qu'à distance de la réalité. Si l'action repose en elle-même sur un état initial et la possibilité d'un futur différent, il n'en demeure pas moins que, à défaut d'instituer à chaque fois une transformation de l'environnement, les actions représentent minimalement la traduction d'un état selon la représentation de l'acteur. De fait, toute action passe par une médiatisation symbolique dans laquelle le sens dégagé par l'acteur ne relève que de son propre jugement, une même situation pouvant être interprétée différemment selon les acteurs impliqués.

De plus, la modernité a entraîné la complexification des textures, des symboles et des contextes – et des relations qui les unissent – dans lesquels s'insère inévitablement l'action. La délimitation des espaces culturels est aujourd'hui beaucoup plus floue qu'elle ne l'était dans les périodes historiques précédentes, entraînant ainsi une transformation majeure des formes d'action et de communication à la disposition des individus. Ces derniers doivent naviguer dans un monde social où les formes symboliques produites changent continuellement et sont constamment recontextualisées. L'action est désormais inscrite dans une diversité sans précédent de textures où se superposent et se côtoient de multiples couches de significations avec lesquelles les individus doivent désormais apprendre à négocier dans leur quotidien. Aussi, avec la modernité émerge une volonté sans bornes d'explication et de justification de l'action, qui doit désormais reposer sur une série de rationalisation. Autrement dit, si de nombreuses pratiques se réalisent sans réflexion préalable – relevant davantage de l'action routinière –, il n'en demeure pas moins que nombre d'entre elles sont régulièrement soumises à un important travail d'interprétation cherchant à assigner à ces pratiques un sens et une finalité, et ce, même si dans la modernité une majorité d'actions n'assure plus un rapport direct et immédiat avec leurs résultats.

#### 9.1.4 La réflexivité : pour mieux comprendre les tenants et aboutissants de l'action individuelle

Pour Martuccelli, la réflexivité est un phénomène propre à la modernité qui résulte notamment de la prolifération des sources de savoir, des industries culturelles et des organisations sociales, et du prolongement de la scolarité. Les individus possèdent un nombre impressionnant d'outils et de références culturelles et symboliques avec lesquelles ils peuvent chercher à dégager un sens à leur action. Aussi, pour cet auteur, la réflexivité « devient de plus en plus une pratique à visée extérieure, une attitude qui accompagne notre action, la commente, risquant parfois à terme de devenir elle-même une véritable forme d'action, mais à distance de toute pratique » (2005, p. 103). Il ne s'agit plus simplement, pour les acteurs, de faire valoir une réflexivité *dans* l'action, mais aussi, et surtout, de l'émergence d'une réflexivité *sur* l'action. Il s'agit d'être constamment à distance de cette action, de

poser sur elle un regard critique permanent qui doit précéder, accompagner et suivre cette action à chacune des étapes de sa trajectoire.

Les acteurs veulent désormais être « plus » que leurs actions afin de demeurer maîtres, ou d'avoir le sentiment de demeurer maîtres, de leurs pratiques, dans un contexte où l'écart entre l'action et l'environnement se creuse toujours davantage. Cette situation est particulièrement présente, soutient Martuccelli, sur le plan psychanalytique alors que les individus cherchent continuellement, par un retour réflexif de plus en plus complexe et opaque, à interpréter leurs actions et leurs pensées. La vulgarisation et la démocratisation du savoir et des connaissances auront eu pour effet, dans la modernité, de voir à l'intensification considérable d'un mouvement rhétorique dans lequel s'entremêlent rationalisation et justification morale et duquel mouvement plus aucune pratique ou émotion ne semble pouvoir échapper, ce qui contribue notamment, comme nous l'avons vu, à l'extension de la médicalisation de l'existence humaine. Mais si cette réflexivité peut, dans certaines circonstances, augmenter la capacité d'action des individus, elle peut également révéler plusieurs effets pervers, dont notamment l'accroissement des hésitations et la surexposition des individus à la médiatisation symbolique.

L'acteur finit en quelque sorte par vivre sa vie au ralenti par le biais d'un retour réflexif omniprésent. À terme, parfois, il voit rétrécir ses capacités d'inscription dans le monde au profit d'une immersion dans une subjectivité sans fond. [La réflexivité] est cette pratique, socialement induite [qui tend à] se généraliser, qui nous met systématiquement en position de commenter nos actions, des bavardages télévisuels aux conversations intimes, des séances thérapeutiques aux exercices scolaires. L'écart fondateur de l'action s'en trouve dès lors complexifié (Martuccelli, 2005, p. 105).

Aussi, il peut survenir des décalages importants entre la réalité et le sens d'une action dégagé par les acteurs eux-mêmes. Martuccelli en propose quatre principaux cas de figure. Le premier (*dérapage ou rôle rouage*) caractérise une situation où un individu en vient à confondre la réalité et le symbolique. Pris au piège d'une représentation qu'il juge authentique, l'acteur s'égare dans une réalité parallèle que même les coercitions – objectives, symboliques et interactives – ne parviennent pas à faire disparaître, l'évaluation d'une action étant toujours relative à la valeur symbolique que les acteurs y attribuent.

Une deuxième figure (*délimitation ou rôle empêché*) caractérise la propension de certains acteurs à agir selon des orientations périmées. Convaincu du bien-fondé de ses représentations de la réalité, et parfois conscient du décalage à l'oeuvre, l'acteur n'en continue pas moins de s'en inspirer pour guider ses actions futures. « Il se sert toujours du passé, pourtant reconnu comme révolu, afin de s'orienter

dans le présent. Il n'y a ni renoncement, ni excès, mais un étrange acharnement » (Martuccelli, 2005, p. 116).

Une troisième figure (*renversement dépendant ou rôle à création prescrite*) illustre la situation où un acteur, bien que convaincu de la nuisance d'un dispositif culturel dominant et persuadé d'en être à l'abri grâce à son esprit critique, continue d'agir en fonction de cette même matrice. L'acteur ne réalise donc pas le décalage qui s'opère entre sa représentation de la réalité, où il se conçoit à distance d'un modèle dominant, et l'inscription de ses actions au sein même de ce modèle qu'il pense contester.

Finalement, la quatrième figure (*dépassement ou rôle en émergence*) caractérise la conduite de certains individus qui arrivent à se positionner à l'extérieur de l'horizon de sens majoritairement accepté ou imposé par le contexte social. Ce décalage entre les représentations socialement acceptées et la proposition de nouvelles significations s'inscrit tout à fait dans cette idée d'un épaississement des textures suggérée, alors que le sens attribué à une action ne peut être en aucun cas permanent.

En somme, toute action porte en elle une forme particulière de décalage et de création alors que les individus sont confrontés à la multiplicité des médiations symboliques qu'ils peuvent appliquer à leurs actions. Aussi, ces décalages, dont les quatre principaux cas de figure présentés, ne peuvent exister et se reproduire qu'en raison de l'élasticité même de l'intermonde qui a la capacité d'absorber et d'y voir se côtoyer plusieurs schémas interprétatifs. C'est sa malléabilité résistante qui permet à la vie sociale d'intégrer en son sein des positions parfois diamétralement opposées – ce qui peut sans contredit engendrer bien des conflits – sans toutefois risquer la désintégration ou la rupture permanente du monde social. Il est ainsi somme toute exceptionnel que des acteurs voient leurs actions invalidées ou subissent des sanctions majeures en raison de leurs pratiques. Si de nombreuses conduites peuvent à première vue sembler subversives ou choquantes (comme de refuser un traitement médical par exemple ou, à l'inverse, de se prêter à l'exercice d'une pratique thérapeutique expérimentale), il n'en demeure pas moins que le nombre d'actions interdites est souvent moindre que ce que l'on peut croire. « Il nous suffit ainsi souvent, au quotidien, souligne Martuccelli, d'adopter des conduites capables de ne pas se "heurter" avec le monde, et en ce sens précis, bien des actions se satisfont d'une connaissance simplement approximative de la vie sociale » (2005, p. 124). La vie sociale s'accommode de bien des conduites et peut tolérer un nombre important de variations avant de chercher à leur imposer des limites drastiques. Les acteurs disposent ainsi d'une marge de manoeuvre relativement importante, bien qu'ils aient à se plier à des restrictions et contraintes de nature et de degrés divers selon les circonstances.

En fait, la situation peut idéalement donner lieu à deux possibilités : soit, lorsqu'une action va à l'encontre de la réalité, elle fera face à une masse telle d'oppositions, indissociablement pratiques et intellectuelles, qu'elle sera découragée par l'avalanche de changements que son déroulement pourrait déclencher; soit, dans bien d'autres situations, la variation individuelle introduite – rendue possible par l'élasticité de l'intermonde – est tellement faible dans ses conséquences que, comme le dit Gellner, la masse du « capital cognitif fixe » de la société demeure gelé et stable, imperturbable. Dans la plupart des situations sociales, c'est ce deuxième modèle qui l'emporte. En tout cas, l'acteur ne fait que rarement l'expérience de l'échec pratique de son action (Martuccelli, 2005, p. 130).

Aussi, malgré la complexification des relations sociales et l'interdépendance des phénomènes, les individus ont souvent tendance à se réserver des domaines d'action à l'abri des oppositions susceptibles de survenir au sein de l'intermonde. Par un ensemble de ressources, supports, filtres et prothèses – ce que leur offre notamment la médicalisation en mettant à leur disposition un ensemble toujours plus étendu de professionnels de la santé, de médicaments et autres pratiques thérapeutiques –, les individus arrivent à se ménager un espace qui leur est propre et duquel ils peuvent se protéger, en majorité du temps, des chocs qui affligent couramment la vie sociale. Ces collisions et bouleversements du monde, même s'ils sont continuellement appréhendés, ne sont que rarement éprouvés. « Être à l'abri du monde », soutient Martuccelli, « suppose la capacité de pouvoir agir en amont de la décision des autres, mais aussi, et plus modestement, la capacité de se mettre relativement à l'abri de l'engrenage des décisions prises par les autres, en faisant reposer sur eux les risques de la vie sociale » (2005, p. 162). De fait, si les individus ne sont plus à même d'intervenir autant sur le déroulement des événements, suite à la complexification des relations et mécanismes de la vie sociale, ils peuvent et cherchent de plus en plus à se protéger des risques inhérents à la vie sociale en mettant en place des mécanismes raffinés de détection et diverses pratiques de protection, qui contribuent à l'extension de la médicalisation du social. Les risques s'insèrent dans les moindres recoins de la vie, mais ce n'est plus tant la planification qui permettra de les écarter, mais aussi, et surtout, une réactivité sans faille et immédiate. Il s'agit donc pour les individus de reconnaître les contingences de la vie sociale afin de constamment améliorer leur temps de réaction face aux événements menaçants, ou potentiellement menaçants.

[...] le changement est de taille. Il ne s'agit plus d'ancrer l'imagerie moderne dans la possibilité d'une planification de la totalité des événements. Il s'agit plutôt d'affirmer l'existence d'une forme de maîtrise passant par la mise en relation des décisions et de leurs conséquences. Les deux processus sont intimement liés : les sociétés contemporaines se pensent de plus en plus sous l'emprise du risque, et en même temps, et par là même, elles retrouvent un semblant de maîtrise, puisque par définition le risque ne se comprend qu'en relation avec les décisions prises (Martuccelli, 2005, p. 227).

Se guérir d'une maladie est une chose, mais savoir s'en prémunir en est une autre. Les individus doivent ainsi désormais savoir détecter les signes avant-coureurs et se mettre à l'abri du danger (que peut représenter par exemple une maladie) par une intervention rapide et efficace. Mais si ce sentiment d'urgence d'agir est palpable, sa concrétisation soulève, quant à elle, bien des embûches. En effet, il existe un véritable différentiel de réactivité entre les acteurs selon les ressources dont ils disposent et leur capacité à se ménager une aire de refuge pouvant amortir les chocs que la vie leur réserve. Aussi, fait remarquer Martuccelli, si la vie sociale est de plus en plus marquée par le changement – prescrivant une correction permanente des actions individuelles et collectives –, c'est d'abord et avant tout l'inertie qui semble caractériser davantage les acteurs que la réactivité dont ils sont sensés faire preuve en tout temps. Les acteurs, croit-il, disposent d'une marge de manœuvre plus grande sur le plan de la pensée et de la réflexivité que sur celui de l'action. Piégés dans un labyrinthe de verre, selon la métaphore de Martuccelli, les individus, même s'ils peuvent tout voir, se trouvent à être limités, selon les ressources dont ils disposent, dans le choix des directions qu'ils peuvent emprunter.

#### 9.1.5 L'analyse sociologique pour rendre compte de la complexité de la vie sociale

Pour Martuccelli, l'action doit être saisie au travers de ses multiples paradoxes et disjonctions. L'action ne cesse de s'inscrire à l'intérieur d'un épaississement des textures et des démarches réflexives qui peuvent, à l'occasion, protéger les acteurs et leur offrir, dans certaines circonstances, une plus grande liberté d'action. Par ailleurs, l'action est aussi sujette à d'importantes contraintes et résistances, créant par le fait même un ensemble de décalages vis-à-vis desquels l'analyse sociologique se doit d'être sensible et attentive.

L'analyse sociologique doit donc, pour Martuccelli, être le fruit d'une « attitude spécifique vis-à-vis des relations possibles entre la connaissance et l'action » (2005, p. 140). Davantage qu'une méthode de recherche ou une position épistémologique à proprement parler, cette attitude du chercheur vise principalement à prendre en compte l'élasticité de l'intermonde dans l'analyse de la vie sociale, afin de ne pas oublier, et ce en aucun temps, sa fluidité et malléabilité comme principales caractéristiques ontologiques. L'analyse sociologique ne doit pas se réduire à l'explication des phénomènes sociaux ou encore chercher à proposer un ensemble de solutions toutes faites face à des conflits ou situations problématiques. Si la proposition d'explications et de solutions peut et doit sans aucun doute faire partie de la démarche analytique d'un phénomène, cette dernière doit surtout s'attarder à identifier et comprendre les textures, significations, contraintes et résistances qui influencent la trajectoire de ce phénomène. En conséquence, « il faut s'attarder sur les processus sociaux concrets par lesquels les



événements prendront forme dans et par l'intermonde. L'objectif n'est pas alors seulement d'expliquer les causes ou les raisons d'un événement [...], mais de rendre compte de la manière dont opère un différentiel de consistances » (Martuccelli, 2005, p. 160).

Pour ce faire, l'analyse sociologique doit s'efforcer de simplifier et décomposer les réalités complexes qui animent les sociétés modernes, comme celle de la médicalisation du social, en cherchant tout particulièrement à mettre en évidence les différentes consistances contextuelles, positionnelles, relationnelles et situationnelles constitutives du ou des acteurs étudiés et de leurs actions. Les individus agissent et éprouvent la vie sociale différemment, en fonction bien sûr de leur environnement, de leurs motivations et de mécanismes de socialisation. Toutefois, l'analyse ne doit pas tant se pencher sur les causes d'une action, que sur l'espace dans lequel cette action prend forme au sein de l'intermonde caractérisé par une grande malléabilité et porosité. Les individus sont aujourd'hui appelés à « se bricoler » alors que les différentes composantes de leur identité peuvent à la fois être ancrées dans un « noyau dur » – mais jamais tout à fait permanent – et dans un ensemble beaucoup plus souple d'éléments à caractère biographique. Et pourtant, « il ne faut pas faire revenir le lieu de l'analyse au niveau de l'individu lui-même, mais cerner pour chaque dimension le propre du différentiel de consistances la constituant. L'origine de la pluralité et de la diversité se situe ainsi dans la nature spécifique de la vie sociale. Ce n'est pas l'acteur qui est bricoleur, mais bel et bien l'intermonde qui est élastique » (Martuccelli, 2005, p. 169).

Il faut donc se garder, tient à souligner Martuccelli, d'énoncer des vérités proposant une adéquation parfaite entre la connaissance et l'action. Au contraire, ces « vérités » sont au mieux disposées côte à côte – plutôt que séparées par une frontière immuable –, présentant différentes représentations ou différents rapports qui unissent la connaissance à l'action. L'analyse sociologique devrait donc nous forcer à reconnaître la présence de contradictions, d'interprétations opposées qui, malgré les apparences, peuvent se côtoyer souvent sans trop de difficulté ou de résistance au sein même de l'intermonde. Ainsi, pour Martuccelli, la connaissance et le raisonnement qui la précède opèrent « dans [un] entre-deux dicté par les consistances sociales. [...] La représentation ultime à retenir est celle d'une série de cercles concentriques, d'une surface de vérité où circulent nos connaissances, au gré des contextes et des besoins » (2005, p. 175). Il s'agit donc pour l'analyse sociologique de chercher à comprendre les « états sociaux », qui sont foncièrement non linéaires et non homogènes, en s'éloignant d'une vision pyramidale de l'ordre social. Tous peuvent être à la fois inclus et exclus, perdants et gagnants, alors qu'il coexiste une diversité sans précédent de ces états.

Aussi, les différentiels de pouvoir sont encore dans la modernité inévitablement présents. Mais rendre compte de ceux-ci sous la forme d'une opposition binaire entre les personnes ou les groupes ne permet désormais plus de comprendre comment s'opère, dans toute sa complexité, la domination. L'action des individus est toujours orientée par un ensemble de contraintes, malléables et de nature diverse, et les liens qui unissent les acteurs se sont largement obscurcis dans la modernité, révélant une complexification accrue des rapports et formes de domination. Les anciennes représentations du pouvoir sont désormais soumises à d'importantes figures de décalages, alors que l'analyse de la domination se doit d'être malléable et extensive afin de prendre en compte les diverses composantes du pouvoir et ses multiples répercussions. Le sociologue doit alors mettre en lumière le fait que la domination est « parcourue par différents types de pouvoir, mis en place par différents acteurs, produisant des additions et des neutralisations diverses, établissant un jeu particulier entre le pouvoir et la domination » (Martuccelli, 2005, p. 195) Il devient dès lors essentiel de saisir les mécanismes de domination à travers leurs diverses composantes et les acteurs qui les animent pour être à même de mieux comprendre la réalité sociale dans toute sa complexité.

Dans l'ensemble de ses travaux, Martuccelli cherche à évacuer toute conception dichotomique de la vie sociale. À son avis, il est faux de prétendre que la vie sociale, dans la modernité, est majoritairement régulée par des forces extérieures, c'est-à-dire par un ordre social établi et impossible à déloger. Par le fait même, il remet fortement en question la propension de la sociologie à privilégier dans ses analyses une matrice de la rationalisation; la rationalisation désignant « l'expansion de la coordination, de la planification, de la prévision croissante dans toutes les sphères de la vie sociale » (Martuccelli, 2005, p. 255). Cette matrice a sans aucun doute fortement marqué les analyses sociologiques du XX<sup>e</sup> siècle. Bien que cette conception de la vie sociale soit irréductible à une pure opposition entre la domination et l'émancipation, il n'en demeure pas moins que nombreux sont les auteurs qui ont cherché à identifier, au sein des phénomènes sociaux, les espaces d'émancipation dans un monde régi par l'ordre et le contrôle.

Aussi, dans les sociétés modernes, les acteurs sont appelés à développer chacun leur propre expérience subjective et ont de plus en plus de difficulté à s'organiser et à concevoir leur existence comme faisant partie d'une expérience historique collective. Ne sachant plus comment unir leur voix et exprimer leur malaise, bien des « dominations ordinaires » se trouvent être évacuées par les acteurs « sous la forme de poussées d'affects collectifs, d'étranges bricolages idéologiques, d'une demande de respect aussi globale que creuse, voire d'implosions silencieuses ou de malaises psychologiques » (Martuccelli, 2005, p. 213). La composante collective de la domination s'efface ainsi progressivement au profit

d'une rhétorique individualiste, d'une recherche de causalité et de l'inscription de la domination au coeur même des acteurs individuels. En fait, paradoxalement, si la domination réfère de plus en plus à des états sans responsables directs – dans le cadre d'une société complexifiée – où chacun des membres de cet engrenage ne produit que ce qui est attendu de lui, cette même domination est aussi souvent circonscrite dans une quête obsessionnelle de la recherche d'un adversaire, où à défaut, d'un bouc émissaire. Devant l'impossibilité d'identifier clairement un responsable, c'est « la société » dans son ensemble ou de grandes entités qui deviennent les auteurs d'une incroyable machination. Or, paradoxalement, c'est bien à force de présenter tout le monde comme coupable qu'on finit par ne plus tenir personne pour responsable. Ainsi, pour Martuccelli, l'analyse sociologique doit cerner les processus structurels de domination à l'oeuvre éprouvés par l'ensemble des acteurs, à des degrés divers, au quotidien, et éviter toute représentation binaire de la domination afin de prendre en compte son caractère diffus et omniprésent.

Aussi, soutient Martuccelli, et en raison de sa complexité structurelle, les épisodes de désordre et les décalages sont assurément plus fréquents dans la modernité – que la stabilité supposée de la vie sociale. La sociologie a en effet de la difficulté à faire le deuil de cette représentation de l'ordre social, au moment même, pourtant, où la modernité est marquée par une distanciation au monde sans précédent dans son histoire. La vie sociale s'inscrit au sein d'un intermonde doté d'une élasticité jusqu'alors difficilement concevable en sociologie et qui remet en question la supposée rigidité des phénomènes sociaux et de l'action individuelle et collective.

La vie sociale se déroule au milieu d'un univers social qui nous engloutit et nous expulse en même temps, auquel nous participons entièrement et face auquel nous ne cessons de nous situer à distance, un milieu doté de coercitions mouvantes et diverses, rempli d'une pluralité de textures culturelles, et dont nous faisons l'épreuve au travers d'une myriade d'élasticités. L'image ultime qui en résulte est celle d'un intermonde à consistances diverses, spécifiques à chaque place, situation ou dimension, labiles et contraignantes, dont l'intelligence finale interroge moins les processus d'intériorisation ou de fabrication que leurs expressions dans et par le monde. La vie sociale nous tient toujours tout en se relâchant sans cesse autour de nous (Martuccelli, 2005, p. 291).

Il faut ainsi dépasser ce perpétuel débat entre l'assujettissement des individus et leur recherche d'espace de subjectivation, alors que la vie sociale permet l'intégration simultanée de ces deux mécanismes. L'initiative individuelle s'inscrit de façon active au coeur même de la domination alors que, par leur sens de l'initiative, des acteurs arrivent à déjouer des stratégies de puissance mises en oeuvre par d'autres acteurs. Dans les sociétés modernes, cette initiative compte même désormais parmi l'une des caractéristiques fondamentales de la vie sociale et des exigences adressées aux individus.

L'initiative opère « comme un véritable puits sans fond » alors que les acteurs sont appelés à faire preuve d'un engagement sans bornes, où les résultats attendus, maintenant vaguement définis, peuvent toujours être jugés insatisfaisants par l'acteur lui-même et ses pairs. Il faut davantage chercher à décortiquer la nature et les différentes déclinaisons des consistances du social et des mécanismes qui permettent autant aux processus structurels de domination qu'à la création d'espace d'autonomie de se manifester au sein d'un intermonde doté d'une impressionnante capacité d'adaptation. L'existence de diverses formes de domination et la capacité créative des acteurs ne sont nullement remises en question, au contraire, mais il est désormais temps de mettre en lumière leur grande malléabilité, alors que la vie sociale s'articule dans un mouvement chorégraphié au rythme des événements, des contraintes et des possibilités.

La médicalisation ne fait pas exception et se doit d'être analysée à la lumière de ce jeu des consistances du social. Comme nous avons pu le constater, la médicalisation est un processus, un phénomène et un concept complexe au travers desquels s'entremêle un ensemble de mécanismes sociaux, de requêtes individuelles, de présupposés et de relations de pouvoir. Cette complexité impose une interprétation de la médicalisation d'autant plus nuancée qu'elle implique de prendre en compte également une variété d'expériences, d'opinions et de normes sociales. La reconfiguration du terme médicalisation, souhaitée par de nombreux sociologues, s'inscrit tout à fait en relation avec les travaux de Martuccelli, car ils permettent de comprendre et prendre en considération les multiples facettes de ce terme et d'en dégager ainsi un portrait juste et complet. Nous nous sommes donc inspirés de la pensée de cet auteur pour amorcer une réflexion sur la nécessaire réorientation des interprétations du terme médicalisation.

## 9.2 La reconfiguration de la médicalisation ou comment se débarrasser du double fétichisme naturaliste et technoscientifique

La sociologie a longtemps entrevu le corps, la maladie et la santé comme des produits biologiques, c'est donc dire comme des objets hors de son champ d'intérêt et de compétence. Seule la médecine, responsable du diagnostic et du traitement des maladies, et ses disciplines connexes se devaient d'œuvrer sur ce terrain, d'autant plus que le savoir et le vocabulaire médical ont longtemps été principalement réservés à ces expertises. Ce n'est somme toute que récemment, dans son histoire, que la sociologie s'est affranchie de cette vision organique du corps, de la maladie et de la santé, en saisissant par le fait même ces objets sociologiques dans leur globalité, à la manière de Marcel Mauss pour qui le propre de la sociologie était de traiter « des hommes "totaux", c'est-à-dire des hommes concrets qui sont à la fois corps, conscience individuelle et collectivité » (Detrez, 2002, p. 55). Le

corps, la maladie et la santé sont ainsi à la fois des construits individuels et sociaux, des produits de la socialisation nés à la frontière de la nature et de la culture, de l'inné et de l'acquis. Chaque corps, manifestation de la maladie et conception de la santé sont imprégnés d'expériences autant individuelles que collectives, elles-mêmes largement influencées par divers facteurs sociaux, politiques, économiques et culturels.

Par ailleurs, les disciplines des sciences sociales, dont la sociologie et l'anthropologie médicale, regorgent désormais d'ouvrages ayant démontré l'existence d'une puissante corrélation entre les traits et conditions individuelles, et le terreau politique, économique et culturel dans lequel s'actualisent la santé et la maladie. Ainsi, tous les corps ne sont pas égaux devant la maladie et la santé. D'importantes disparités régionales et socioéconomiques sont encore aujourd'hui manifestes dans l'analyse de l'espérance de vie, du niveau de santé, de la prévalence des maladies et des taux de mortalité. Ces inégalités sociales, qui résultent notamment du différentiel de ressources dont disposent les individus, ont un impact considérable sur l'état de santé de ces derniers et peuvent laisser des traces une vie durant. C'est donc dire que « les maladies ont une géographie, une histoire, liée aux conditions de vie et de soins. [...] La définition du corps comme organisme semblait assigner d'emblée son étude à la biologie. Or, même à considérer le corps dans ses propriétés les plus matérielles – morphologie, mortalité et morbidité –, s'établissent des corrélations qui montrent que le corps, dès sa naissance, voire lors de sa gestation, n'est pas un donné naturel » (Detrez, 2002, p. 63-73). Le développement de la maladie, de même que son expérience et son traitement, comportent non seulement une forte dimension individuelle, mais aussi sociale. De plus, si être malade engage très certainement l'individu – avec ses habitudes, ses comportements, son caractère et ses motivations –, c'est aussi toute la société qui est mobilisée par l'entremise de ses divers professionnels, institutions sociales et politiques publiques.

L'élargissement de la définition de la santé proposée par l'OMS en 1946, sur laquelle s'est appuyée l'émergence d'une société de la santé depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle, prend ainsi acte du caractère multicausal et polymorphe de la santé – qui est à la fois physique, mentale et sociale – alors que les individus et les collectivités cherchent désormais à atteindre un état complet de bien-être (Detrez, 2002). Cette définition est d'autant plus vaste qu'elle ouvre la porte à une représentation dynamique de la santé où la simple préservation des acquis ne suffit pas. Avec une telle définition porteuse d'une véritable utopie sanitaire, psychologique et sociale, rien ne semble pouvoir échapper désormais au registre d'intervention dans le domaine de plus en plus vaste de la santé individuelle et populationnelle. La définition de la santé comme absence de maladies d'origine biologique, laisse



désormais la place à une recherche constante d'amélioration et de perfectionnement des corps. Cet élargissement de la définition de la santé a par le fait même ouvert la voie à l'incorporation graduelle, sous le prisme médical, de divers comportements jugés déviants, d'événements inhérents à l'existence humaine, d'habitudes de vie et de préoccupations individuelles, et ce dans une volonté croissante de promouvoir la santé et de prévenir les maladies, malaises et situations d'inconfort, dont le nombre ne cesse de croître.

La médicalisation, comme nous l'avons vu, a, depuis son introduction dans le vocabulaire sociologique, été largement associée à cette extension de la définition de la santé, et par conséquent du champ de compétence de la médecine, dans un mouvement généralisé de pathologisation de l'existence humaine. De nombreux auteurs n'ont pas hésité à dénoncer cette expansion illimitée des mécanismes de surveillance et d'intervention médicale sur les individus ne répondant pas aux normes sociales en vigueur, c'est-à-dire tous puisque la santé, de par sa définition actuelle, s'inscrit dans une recherche utopique de la santé parfaite. Cette vision critique de la médicalisation met ainsi davantage l'accent sur les processus sociaux de production du malade et de la maladie. Cette position, énoncée dès le début de la décennie 1970, propose un véritable revirement idéologique alors que la période d'après-guerre véhiculait une image somme toute positive des professionnels médicaux.

« These writers accomplished that most beautiful of intellectual operations: a perfect inversion of the orthodox position. Criminals were victims of labeling, stereotyping, and racial and economic injustice; the mad were explorers of new psychological horizons of personal liberty; and the rebellion against sexual and gender norms was a form of self-emancipation. In this new scenario, the real villains were the doctors, psychiatrists, and behavioral scientists who had used their knowledge and authority to shore up the "establishment" and to segregate and pathologize the recalcitrant. [...] A remarkably rapid transformation was underway in the public perception of doctors from life-saving scientists to greedy monopolists, making heroes into villains and a doctor into a businessperson like any other » (Nye, 2003, p. 116).

Affamés de pouvoir et de contrôle, les médecins seraient ainsi à l'origine d'une colonisation de l'existence humaine dont les moindres réalités et événements se trouveraient, tour à tour, étiquetés de maladies. C'est ainsi que, comme nous l'avons vu, la virulente critique de la médicalisation du social s'est orientée, de façon générale, vers la dénonciation de l'hégémonie médicale, notamment de sa propension à élargir toujours plus ses frontières, en englobant, sous sa juridiction, un nombre grandissant de problématiques psychosociales, menaçant ainsi l'autonomie et la liberté individuelle.

Cette position critique trouve encore écho dans les écrits sociologiques contemporains, comme si dès son introduction dans la littérature sociologique, le terme médicalisation fut érigé en véritable

fétichisme, doté d'un caractère quasi-mythique. Étant en effet souvent utilisé en lui-même et pour lui-même, le terme médicalisation semble s'être pourvu d'une existence sociologique qui lui soit propre et dont la valeur résiderait dans sa seule utilisation. C'est ainsi que les propositions sociologiques sur les significations du terme médicalisation ont souvent laissées poindre le spectre d'un fétichisme « naturaliste » qui fait systématiquement ressortir les diverses composantes d'un même axe axiologique : dénonciation, domination, assujettissement, risque, dénaturation, menace à l'autonomie des populations, etc. Il y aurait autrement dit une « bonne nature » qui ne peut qu'être altérée par la médicalisation de plus en plus approfondie de l'existence humaine. Or, les significations canalisées par cette conception de la médicalisation, c'est-à-dire comme force contraignante qui aurait pour résultat l'aliénation des populations, ont plus souvent qu'autrement jeté un voile opaque sur le caractère foncièrement dynamique et complexe des réalités sociales à l'œuvre dans le processus et phénomène social de la médicalisation.

Si ce fétichisme naturaliste de la médicalisation teinte encore aujourd'hui fortement les discours critiques sur la médicalisation, nombreux sont les sociologues qui se sont néanmoins affairés, principalement au cours des vingt dernières années, à mettre en perspective la complexité des mécanismes de la médicalisation et la diversité des acteurs qui y sont impliqués.

Pour l'essentiel, les travaux sociologiques qui ont traité de la dimension politique de la médicalisation se situent dans cette ligue, en analysant et en dénonçant les mécanismes de développement du contrôle social sur des temps et des situations toujours plus nombreux de l'existence [...]. De même que les médecins ont volontiers préjugé des effets positifs de la médicalisation sur l'état de santé des personnes, de même les sociologues ont eu tendance à présumer de ses effets réels sur les conduites humaines. [...] À cet égard, la rigueur impose de ne pas analyser la médicalisation comme un phénomène monolithique, mais comme une réalité différenciée, le contrôle social sur les corps s'appliquant avec plus ou moins de profondeur et d'étendue selon les domaines et les périodes (Fassin, 1998, p. 9).

Plusieurs refusent, à l'instar de Fassin, d'entrevoir la médicalisation comme un outil de contrôle social mené, d'une main de maître, par un impérialisme médical dont le seul objectif serait d'étendre sa juridiction à un ensemble, toujours plus imposant, de comportements et d'événements de l'existence humaine. La profession médicale n'est plus – ou n'a même jamais été disent-ils – le moteur de cette médicalisation du social. Il est vrai que les médecins demeurent fortement impliqués dans la médicalisation, étant les seuls détenteurs du droit de diagnostiquer et de traiter les maladies. Néanmoins, de nombreux autres acteurs – dont les patients, les gouvernements, les assureurs et les compagnies pharmaceutiques – représentent désormais un puissant contrepoids à la profession médicale dans l'orientation des mécanismes de la médicalisation, et contribuent à transformer, chacun

à leur manière, le contexte socioéconomique dans lequel s'inscrit cette médicalisation du social. Plusieurs conçoivent ainsi la médicalisation comme un processus dynamique dont la trajectoire est influencée par une multitude d'acteurs et qui résulte en un ensemble de mécanismes d'expansion à la fois du champ de compétence de la médecine, mais aussi de cette préoccupation générale pour les questions de santé qui caractérisent les sociétés actuelles. C'est donc dire que si ces auteurs refusent d'alimenter le spectre d'un fétichisme naturaliste, ils se refusent tout autant à mobiliser, à l'autre extrémité, un fétichisme technoscientifique qui ferait davantage appel à des arguments d'approbation, de libération, d'amélioration de la qualité de vie, de subjectivation, d'innocuité, de dépassement de la condition humaine ou encore d'autonomie. Ils cherchent ainsi à éviter le piège que peuvent représenter ces deux pôles opposés.

*Médicalisation et consistance du social : au-delà des mécanismes d'assujettissement et de subjectivation*

Michel Foucault avait signalé à plusieurs reprises qu'il n'écrivait pas « pour une médecine contre une autre, ou contre la médecine pour une absence de médecine » (1988, p. XV). Ce même raisonnement devrait être appliqué à l'analyse de la médicalisation. En effet, plutôt que d'arguer en faveur ou en défaveur de la médicalisation, l'analyse de cette dernière devrait déplacer le focal sur les mouvements individuels et les dynamiques sociales à l'œuvre. Il faut donc chercher à éviter, comme le suggèrent Panese et Barras (2009), le dilemme caricatural qui oppose une médecine colonisatrice à des patients complices de cette colonisation afin d'échapper au double écueil de « l'angélisme iatrophile » et au « cliché iatrophobe » toujours susceptible d'être mobilisé dans une interprétation polarisée de la médicalisation. Ou, pour le dire autrement, il faut éviter la réédition de l'affrontement classique entre médecine et anti-médecine qui en appelle à ces deux fétichismes – technoscientifique et naturaliste – fort prégnants, et pour lesquels les promesses du progrès sont toujours hantées par le spectre de la catastrophe.

Cette position plus nuancée et complexe souligne ainsi une évidence sociologique souvent négligée, qui veut que « le social informe le médical au moins autant que le médical "pénètre" le social, pour le meilleur et pour le pire » (Collin, Otero, Monnaï, 2006, p. 2). Il nous faut maintenant prendre acte de cette globalité de la vie sociale pour être à même de révéler avec plus de précision l'ensemble des logiques et mécanismes de la médicalisation. C'est ainsi que les analyses sociologiques contemporaines du terme médicalisation qui tentent de s'extraire d'une logique antagoniste (anti-médecine versus médecine) pour épouser une logique davantage agoniste (par l'analyse des rapports de

force et des objectifs poursuivis) devraient pouvoir apporter un éclairage nouveau sur les significations actuelles associées à ce terme.

De façon générale, la médicalisation d'un comportement ou d'une condition peut engendrer deux réactions opposées qu'Olivier Faure (1998) a surnommées « la légende rose » et « la légende noire » : soit, d'une part, une célébration acritique des nouvelles possibilités offertes par la médecine et ses développements technoscientifiques, soit, d'autre part, une critique radicale de l'influence néfaste de la médecine et de l'industrie pharmaceutique notamment sur les individus et les populations en termes de contrôle et d'assujettissement. Cette thèse aura permis d'illustrer et de discuter de ces tiraillements conceptuels, théoriques et idéologiques autour de la place, du rôle et du sens de la médecine et des divers autres acteurs impliqués dans le processus et phénomène de médicalisation, et plus largement de la santé, dans les sociétés occidentales contemporaines. Aussi, si de nombreux sociologues ont proposé au fil des ans une vision foncièrement sombre et critique de la médicalisation, plusieurs s'affairent désormais, non pas à en défendre une vision enjolivée, mais plutôt à s'interroger sur ses causes, ses conséquences et ses modes opératoires. Le corps a été et demeure le lieu d'investissements d'innombrables technologies visant des objectifs sociaux, économiques, politiques, sanitaires, psychologiques et identitaires. Mais même si ce corps est constamment l'objet de stratégies de normalisation et de régulation, à travers la socialisation des conduites notamment, il n'en demeure pas moins que la médicalisation n'est ni noire, ni rose, et que le propre de l'analyse sociologique est de mettre en lumière les nombreuses zones grises qui la composent. Il nous faut donc désormais délaisser cette vision quasi manichéenne de la médicalisation au profit d'une analyse plus étendue et tout en nuance, comme le suggère Nikolas Rose.

Selon Rose, il convient donc de ne pas diaboliser ni de porter aux nues la médicalisation, dont l'usage en tant que terme descriptif, explicatif ou critique devrait être soigneusement soupesé. Non pas que, grâce à la médecine, tout irait vraiment pour le mieux dans le meilleur des mondes et qu'il n'y aurait rien à critiquer, ou au contraire qu'il existerait une logique implacable de l'entreprise médicale servant les intérêts d'un groupe spécifique : il se trouve que la médecine « a fait de nous ce que nous sommes » ou, pour le dire autrement, parce que « ce que nous sommes » est en grande partie le fruit d'une construction médicale – individuelle et collective. Ce point de vue, un peu iconoclaste de prime abord, ressort d'une position épistémologique qui met précisément en crise une conception trop simpliste de la médicalisation. Il renonce à la polarisation ontologique *a priori* entre une conception des vivants comme êtres « naturels » que la médecine s'acharnerait à rendre « artificiels ». [...] Le point de vue de Rose ne réduit pas à néant la possibilité d'une critique de la médecine, mais en déplace la cible (Panese et Barras, 2009, p. 41).

Il nous faut aussi nous rappeler que la valeur sociale de l'existence humaine et des technologies scientifiques n'est significative qu'en regard à l'ensemble des rapports sociaux qui la sous-tend, la



valorise et l'instrumentalise en fonction d'objectifs divers. Ni la nature qui produit les divers mécanismes du corps humain, ni les technologies qui les modifient ne sont « en soi » bonnes ou mauvaises, libératrices ou dominatrices, progressistes ou régressives. La « valeur » de la médicalisation doit donc être analysée à la lumière des processus sociaux au travers desquels le corps est « mis en communication » avec d'autres espaces, cibles et enjeux sociaux et qui sont porteurs de dynamiques d'assujettissement et de subjectivation, en proportion variables et de manières différentes selon les circonstances et la trajectoire de vie des individus. Il s'agit donc de délaisser le double fétichisme technoscientifique et naturaliste, c'est à dire de l'opposition entre la médicalisation et l'anti-médicalisation, pour se tourner vers l'analyse des processus et rapports sociaux complexes à l'œuvre.

À l'image de la santé et de la maladie, la médicalisation est à la fois un produit social et un produit individuel, ce que les analyses sociologiques se doivent de prendre en considération pour être à même de déceler, dans les moindres détails, les caractéristiques ontologiques et les modes opératoires de la médicalisation. En ce sens, les travaux de Martuccelli sur la consistance du social proposent des concepts et des pistes de réflexion novatrices qui pourraient permettre de mieux comprendre les multiples facettes du terme médicalisation et aider à penser autrement ce processus, phénomène et concept d'autant plus complexe qu'il fait intervenir un ensemble toujours plus étoffé de repères et d'enjeux sociaux.

Comme toute composante de la vie sociale, la médicalisation se développe au sein même d'un intermonde dont les frontières sont à la fois malléables et résistantes, et où se côtoie un ensemble de processus sociaux et d'actions, de motivations et de stratégies individuelles. De fait, l'intermonde « est soumis à des coercitions particulières, aux effets multiples, instaurant l'action de l'individu dans un espace ontologique particulier, une sorte de clair-obscur élastique constitutif de la vie sociale. Ce qu'une ontologie ainsi conçue exige dès le départ est de cesser de penser la réalité comme soumise à un jeu à somme nulle entre le mouvement et l'immobilité, au profit de l'élasticité » (Martuccelli, 2005, p. 58).

Les propositions théoriques de Martuccelli nous forcent ainsi à prendre acte du caractère polymorphe de la médicalisation alors que ce phénomène, processus et concept se canalise dans un ensemble étendu de composantes du social – représentations symboliques, démarche clinique, schématisation conceptuelle, etc. – et non pas que dans la seule relation médecin-patient. Il nous faut cerner non seulement les traits et caractéristiques fondamentales de la médicalisation, mais également les mécanismes et modes opératoires pour pouvoir en dégager un portrait complet, juste et équilibré. Il ne



s'agit donc pas uniquement de savoir identifier les manœuvres, conduites, besoins et revendications de chacun des acteurs ou groupes d'acteurs impliqués dans la médicalisation (tels que les exigences exprimées par les patients, les stratégies de marketing des compagnies pharmaceutiques, ou encore les restrictions imposées par les médecins quant aux actes médicaux autorisés aux autres professionnels, etc.), mais aussi, et surtout, d'identifier ce qui rend possible ces actions, ou au contraire, en limite le rayonnement.

C'est donc dire que si la trajectoire du processus et phénomène de médicalisation est inévitablement influencée par un ensemble disparate de motivations et d'intérêts individuels et collectifs, il n'en demeure pas moins que cette dernière est aussi fortement influencée par les conditions sociales dans lesquelles elle s'inscrit et les multiples contraintes face auxquelles les acteurs de la médicalisation ne peuvent faire fi. L'orientation d'un processus et phénomène comme celui de la médicalisation est constamment modifiée selon le contexte social dans lequel il se déploie et où se jumelle un ensemble plus ou moins étoffé d'une part, de contraintes et coercitions, et d'autre part, d'éléments facilitants. Ce dévoilement de la consistance du social nous amène à envisager la médicalisation non pas en elle-même, mais telle qu'elle est « rencontré[e], lors de leurs actions, par les acteurs » parce que « dans la vie sociale, les mêmes processus peuvent avoir des effets de contraintes ou de facilitation différents selon les circonstances » (Martuccelli, 2005, p. 31 et 59). Tous sont susceptibles de voir leur champ d'action, de revendication ou de résistance être limité par un ensemble de coercitions et contraintes, alors que le résultat d'une action est rarement identique à celui qui était envisagé au départ. Ceci étant dit, tous ces acteurs disposent d'une certaine marge de manœuvre qui leur est propre, certains profitant d'un différentiel de pouvoir plus important, et c'est cette élasticité de l'intermonde qui autorise somme toute la mise en valeur d'un ensemble plutôt diversifié de comportements, propos et significations. La médicalisation n'y fait pas exception puisque son inscription dans la réalité sociale est tributaire d'un ensemble toujours plus complexe de facteurs sociaux, économiques et culturels au travers desquels les acteurs (individuels, corporatifs, politiques, etc.) doivent apprendre à naviguer.

Par ailleurs, si l'évolution du terme médicalisation s'est inévitablement accompagnée d'un processus de sélection ayant pour effet l'adoption ou la mise au rancart de certaines significations à des périodes historiques données, il n'en demeure pas moins que l'élasticité de l'intermonde autorise la coexistence de diverses interprétations et mécanismes de production de sens. Cet épaississement des textures favorise une meilleure traduction des causes, conséquences et modes opératoires de la médicalisation et permet une lecture plus approfondie de ce processus, en mobilisant des représentations autres que

celles de la « psychologisation » des phénomènes sociaux ou au contraire d'une pathologisation uniforme et englobante des problèmes individuels.

Les avatars médicaux, sanitaires, sociaux et politiques de la médicalisation doivent donc être analysés à la lumière de la consistance du social et de son feuilleté de significations parce que la médicalisation s'inscrit toujours conjointement dans des dynamiques d'assujettissement (contraintes, coercitions, soumissions) et de subjectivation (virtualités, possibilités), bien qu'en proportion variables et de manière différente. Il ne s'agit donc pas d'être pour ou contre la médicalisation, mais de voir à chaque instant et selon les circonstances, l'interprétation la plus appropriée pour les différents acteurs interpellés. Jugée acceptable pour certains et répréhensible pour d'autres, la médicalisation d'un comportement ou d'une condition peut ainsi mobiliser différentes significations au sein desquelles la valorisation et la promotion côtoient la critique et la résistance.

Par ailleurs, nous croyons qu'il faille, à l'instar de quelques auteurs de notre corpus, savoir reconnaître ce discours paradoxal inhérent à la praxis sociologique qui suggère que l'on puisse adopter une attitude critique face à un phénomène social comme celui de la médicalisation, tout en ayant recours à des fins personnelles aux innovations médicales et thérapeutiques pour prévenir et guérir des maladies. Peu nombreux sont les sociologues qui pourraient faire des Ivan Illich d'eux-mêmes, qui a toujours refusé de se faire opérer pour retirer une protubérance qu'il avait sur son visage – conséquence d'une tumeur au cerveau – afin de préserver cette conformité idéologique entre ses écrits et sa vie. Il nous faut donc constamment prendre acte de ce potentiel de décalage entre les analyses sociologiques et les comportements individuels de leurs auteurs.

C'est donc montrer en fin de compte l'immense complexité qu'un processus, phénomène et concept comme celui de la médicalisation nous réserve. La médicalisation peut s'avérer être une solution bénéfique à un ensemble de conditions mortelles, sinon désagréables, alors que les innovations thérapeutiques et médicales peuvent effectivement sauver des vies et aider à prévenir et guérir des maladies, en plus d'améliorer des situations jugées inconfortables. Mais cette même médicalisation peut aussi entraîner des répercussions négatives sur les diverses composantes de la vie sociale et individuelle (physique, symbolique, politique, économique, etc.) comme plusieurs sociologues ont cherché à le démontrer. La médicalisation est donc marquée par une ambiguïté fondamentale qui lui est propre alors qu'elle peut faire appel à des arguments d'ordre à la fois symbolique (manipulation des représentations du corps en fonction de critères standardisés ou d'exigences individuelles, etc.), social (injonction normative à la performance, amélioration souhaitée des capacités individuelles, etc.),

médical (pathologisation de la normalité, contrôle technoscientifique, rôle d'expert ou d'intermédiaire, etc.), marchand (commercialisation des médicaments, multiplication de gestes médicaux financièrement lucratifs, etc.), anthropologique (transformation de la nature humaine, etc.), et de santé (conséquences iatrogéniques, prévention des maladies, acquisition d'aptitudes individuelles et de modes de vie sains, etc.). Dans ce contexte, une mise à jour permanente des rapports de force, des déséquilibres de pouvoir et des objectifs des nouvelles techniques biomédicales et pharmaceutiques susceptibles de menacer le devenir des populations en réduisant leur capacité à se définir et à se prendre en charge autrement que sous l'emprise de la médecine devrait être conjuguée à une ouverture permanente face aux multiples transformations axiologiques. Cette ouverture peut, par le fait même, offrir des opportunités nouvelles de promotion sociale à ces individus, au-delà du fait que ces opportunités soient rendues possibles par des interventions de nature médicale.

En fait, l'enjeu ultime n'est pas de déterminer qui a raison ou tort entre les diverses interprétations mobilisées par le terme médicalisation – et ses possibles bénéfices ou préjudices –, mais de mettre à plat et de soupeser les composantes assujettissantes et subjectivantes du recours à des pratiques médicales. La médicalisation ne devrait en aucun cas servir de conclusion à l'analyse, mais plutôt de point de départ à une meilleure compréhension du spectre des significations et des usages complexes dans lesquels ce processus, phénomène et concept s'inscrit, empêchant du coup d'en dégager une seule vision unilatérale, positive ou négative. Finalement, les analyses sur les significations mobilisées par le terme médicalisation nous renseignent sur cette impossibilité de penser le médical et le social séparément alors que la subordination de l'un à l'autre a fait place à une coexistence des plus étroites. Foucault a écrit que la médecine n'a plus d'extérieur, mais le piège n'est-il pas justement d'idéaliser un état pré-médicalisé qu'il s'agirait de reconquérir, alors que le plus important serait de comprendre les conditions de possibilité, les dynamiques sociales et les effets du déplacement des frontières de la médecine ?

Les sociétés contemporaines occidentales doivent conjuguer avec de multiples formes de contestation, conflits, dysfonctionnements, voire aussi d'identités. Leur « régulation » est assurée par des dispositifs complexes faisant largement référence à des valeurs positives telles que la promotion d'une bonne santé physique et mentale, sous-tendues par des critères normatifs ayant pour effet de générer ou reconduire plusieurs formes de domination, clivages et rapports de force entre les groupes. Toutefois, cette « régulation » ne peut se résumer exclusivement aux aspects « négatifs » de la gestion des conduites (coercition, mystification, manipulation, répression), alors qu'elle inclut aussi des processus de redéfinition des marges de manœuvre des sujets et la promotion et production de discours de vérité

et d'identités alternatives qui ne sont pas forcément assujettissantes (Otero, 2003). La médicalisation ne se réduit pas, bien entendu, à une simple question de libre choix quant à la décision d'avoir recours ou non à un dispositif biomédical pour réguler, modifier ou annuler une condition de l'existence humaine. Et pourtant, on ne peut pas plus, dans le cas inverse, associer cette pratique uniquement à une stratégie rationnelle d'assujettissement du corps individuel face à des logiques marchandes, des impératifs de performance ou encore des clivages de genre ou de classes sociales.

La médicalisation est un processus et phénomène social et un concept sociologique complexe et ambigu qui a su se transformer au cours des dernières décennies. Le contexte social dans lequel ce terme se déploie change continuellement, empêchant du même souffle toute cristallisation sociologique de l'expression même de médicalisation et de ses usages. En ce sens, la médicalisation est à la fois le reflet des sociétés occidentales, notamment dans leur façon de se représenter et de gérer le corps social et le corps individuel, et des théories sociologiques, alors que les significations mobilisées par ce terme font appel à des cadres conceptuels divergents. La médicalisation n'est pas un processus, phénomène et concept sociologiquement figé, et sa reconfiguration en cours et prochaine dépendra de la capacité des sociologues à la concevoir au-delà des seules dynamiques d'assujettissement et de subjectivation auxquelles elle contribue inévitablement.

## CONCLUSION

La littérature sociologique s'est enrichie, à la fin des années 1960, d'un nouveau terme qui s'est rapidement imposé dans le vocabulaire courant de ses nombreux auteurs. Bien qu'il soit encore aujourd'hui difficile de préciser, avec exactitude, l'origine du terme médicalisation, il n'en demeure pas moins que cette expression a rapidement trouvé sa place dans les analyses sociologiques, permettant à une première génération de sociologues de canaliser leur vision, pour le moins souvent négative, des pratiques médicales de cette époque. Depuis, la popularité du terme n'a cessé de croître, si bien qu'on le rencontre aujourd'hui plus que jamais, non seulement dans la littérature sociologique, mais aussi dans nombre d'ouvrages destinés à un public élargi.

Cette croissance accélérée de l'utilisation du terme médicalisation lui a valu d'être étiqueté de concept-valise par certains des auteurs qui en ont fait usage. Notre questionnement de départ reposait donc sur une interrogation si simple en apparence, et pourtant si complexe : qu'est-ce que la médicalisation ? Nous avons ainsi souhaité, dans le cadre de cette recherche, mettre au jour les multiples significations mobilisées par le terme médicalisation et leurs mutations depuis l'introduction de ce mot dans la littérature sociologique, il y a deçà maintenant quarante ans. Pour ce faire, nous avons analysé un corpus composé de 96 publications à caractère sociologique, toutes publiées entre 1968 et 2009. Aussi, il est important de rappeler que nous cherchions d'abord et avant tout à identifier les différents usages du terme médicalisation sur le plan sémantique davantage que d'investiguer ses multiples usages empiriques.

### *Exercice de clarification du champ sémantique*

Cette exploration du champ sémantique du terme médicalisation nous a permis de constater, d'une part, sa grande polysémie alors que la médicalisation fait à la fois référence à un processus et à un phénomène social tout autant qu'à un concept sociologique. Cette polysémie, par ailleurs, complexifie davantage l'analyse du terme médicalisation, car il est souvent difficile, voire impossible, de dissocier ces trois registres, intrinsèquement liés. D'autre part, et contrairement à notre hypothèse de départ, nous avons remarqué que la médicalisation est aujourd'hui décrite par plusieurs auteurs de notre corpus comme un événement davantage négocié qu'imposé. Nous avons en effet supposé une plus



grande stabilité dans les visions dégagées du terme médicalisation qu'il n'en est réellement, vision croyait-on qui dépeindrait majoritairement la médicalisation comme le résultat d'une colonisation constante de la profession médicale sur l'ensemble de la population vers laquelle elle oriente ses interventions. Si cette interprétation de la médicalisation a sans contredit été largement véhiculée par les premières générations de sociologues qui se sont intéressés à cette question – d'autant plus que les interventions médicales socialement reconnues sont depuis en nombre croissant –, il n'en demeure par moins que cette perspective critique de la médicalisation n'est plus autant d'actualité.

Force est de constater, suite à notre exercice de clarification du champ sémantique, que la médicalisation représente un processus, un phénomène et un concept complexe qui ne peut se résumer à de simples manœuvres professionnelles, ni même corporatives, visant à élargir le champ de compétence et de contrôle social des médecins, ni d'aucun autre acteur par ailleurs. Il est vrai que l'expansion de la profession médicale et l'extension du champ de compétence des médecins ont régulièrement été identifiées parmi les principaux mécanismes de la médicalisation. Mais si les médecins ont souvent été vus, et le sont encore parfois aujourd'hui, comme de véritables Léviathan cherchant à maintenir leur statut hiérarchique dominant et à élargir leur champ de juridiction, de plus en plus d'auteurs refusent d'y voir la seule cause de la médicalisation croissante de l'existence humaine. En quarante ans, le champ sémantique mobilisé par le terme médicalisation a bien changé. Si, lors de l'émergence de ce terme dans le vocabulaire sociologique, la littérature sur la médicalisation faisait la plupart du temps référence aux pratiques des professionnels médicaux, cette dernière ne peut aujourd'hui faire l'économie d'analyses plus approfondies prenant en considération, d'une part, les intentions des autres acteurs mobilisés et, d'autre part, des changements sociaux qui ont permis à la médicalisation de prendre une ampleur jusqu'à maintenant inégalée.

À ce titre, les sociétés occidentales, devenues de véritables sociétés de la santé, se sont engagées sur la voie de la prévention des maladies avec une volonté – démesurée, diront plusieurs – de contrer tous les risques inhérents à la vie sociale, voire à la vie tout court. Cette recherche du risque zéro entraîne une pathologisation généralisée de la vie et une utopisation de la santé. L'élargissement de la définition de la santé par l'OMS (1946), qui ne signifie plus l'absence de maladie, mais un état complet de bien-être physique, mental et social, a ouvert la porte à une expansion sans précédent des pratiques de santé alors que la distinction entre l'individu malade/non-malade a cédé sa place à celle du patient malade/à risque. Cette situation est exacerbée par le fait que les sociétés occidentales ont connu au cours des dernières décennies d'importantes transformations sociales dont certaines sont désignées comme partie prenante de cette expansion de la médicalisation, voire de cette pathologisation généralisée de

l'existence humaine. La démocratisation de l'accès à des informations de nature médicale – et plus largement à tout ce qui concerne de près ou de loin la santé –, les nombreuses innovations biotechnologiques et génétiques et l'influence d'intérêts corporatifs dans le champ de la santé sont parmi les principaux enjeux sociaux à avoir été associés à l'évolution de la trajectoire de la médicalisation. La médicalisation prend donc différentes figures selon le contexte socioéconomique dans lequel s'inscrit cette constante reconfiguration du normal et du pathologique.

Par ailleurs, ces changements sociaux nous montrent à quel point les acteurs impliqués dans le processus et phénomène de médicalisation ont aussi changé. Que les patients soient bel et bien de « nouveaux » acteurs de la médicalisation ou que leur présence relève d'un simple repositionnement analytique, il n'en demeure pas moins que la plupart des auteurs refusent aujourd'hui de saisir la médicalisation au travers de la seule relation unilatérale qui unit le médecin à ses patients. Ces derniers ont su s'imposer sur l'échiquier de la médicalisation en étant désormais davantage des partenaires dans les décisions thérapeutiques qui les concernent et consommateurs de soins, de produits et de services de santé. De par l'influence qu'ils exercent sur ce qui peut ou doit être médicalisé, les patients sont aujourd'hui considérés par plusieurs auteurs comme une force majeure dans l'orientation de la trajectoire de la médicalisation, d'autant plus qu'ils sont mieux informés que jamais sur les plus récentes découvertes scientifiques, les diagnostics possibles et les traitements disponibles. D'ailleurs, ces informations leur sont souvent transmises par les compagnies pharmaceutiques, elles aussi largement mobilisées par la médicalisation de l'existence humaine. Ces dernières disposent de moyens financiers d'autant plus importants qu'elles ont vu leurs ventes exploser au cours des dernières décennies. Et si certains n'ont pas hésité à attribuer à cette industrie le rôle autrefois occupé par les médecins dans l'expansion de la médicalisation, plusieurs refusent toutefois de croire que l'industrie pharmaceutique puisse désormais à elle seule détenir le monopole de la redéfinition du normal et du pathologique. Bref, notre exercice de clarification du champ sémantique s'est avéré être fort révélateur des mécanismes, enjeux, acteurs et éléments contextuels qui, chacun à leur manière, ont influencé la trajectoire du processus, phénomène et concept si complexe qu'est celui de la médicalisation, tel qu'il est présenté dans la littérature sociologique.

#### *Les racines intellectuelles de la médicalisation*

Par ailleurs, cette connaissance plus approfondie du terme médicalisation nous a également amenés à nous questionner sur les différentes influences théoriques qui sous-tendent les diverses interprétations de ce terme en sociologie. Nous avons donc cherché dans un deuxième temps à investiguer les cadres

sociologiques qui investissent le champ sémantique du terme médicalisation depuis son émergence dans le vocabulaire sociologique à la fin des années 1960. Il va s'en dire que ce travail de recherche des racines intellectuelles s'est avéré particulièrement complexe vu la diversité des référents théoriques qui ont servi de fondements aux interprétations des auteurs ayant écrit sur la médicalisation, mais aussi dû au fait que nombre de ces auteurs n'ont pas clairement explicité les paradigmes sociologiques sous-jacents à leurs interprétations.

De façon générale, nous avons repéré dans notre corpus des indices conceptuels nous permettant de dégager deux regroupements théoriques qui ont influencé le champ sémantique du terme médicalisation au cours des quatre dernières décennies. Un premier axe met principalement en lumière les processus sociaux et les mécanismes de domination à l'œuvre dans la médicalisation du social, où le déploiement et l'orientation de la médicalisation sont souvent analysés d'après les structures, normes et dispositifs de contrôle social mis en place par les sociétés. La médicalisation y est ainsi envisagée comme un phénomène collectif dont les frontières sont constamment redessinées selon les mécanismes de régulation du social en place.

Ce premier axe d'analyse fait appel à trois univers théoriques qui ont influencé, chacun à leur manière, les interprétations mobilisées par le champ sémantique de la médicalisation. Nous y avons repéré, dans un premier temps, un discours d'inspiration constructiviste selon lequel la reconfiguration constante du normal et du pathologique ne serait pas le fruit d'une réalité biologique objective que les médecins seraient chargés de découvrir, mais plutôt le produit de relations de pouvoir, de systèmes normatifs et de processus de légitimation, auxquels les manœuvres politiques et les divers intérêts professionnels, financiers ou corporatifs par exemple contribuent. Des propositions théoriques d'inspiration marxiste ont également été repérées dans les écrits sur la médicalisation, qui suggèrent que la santé et la maladie soient appréhendées au travers de mécanismes d'expropriation du sujet et de marchandisation dont les conséquences iatrogéniques sont néfastes pour le bien-être des populations. La « production » de la santé passe dorénavant par un processus hétéronome où la logique marchande fait que la santé peut désormais être consommée, achetée et vendue au même titre que n'importe quel autre bien ou service. Finalement, ce premier axe d'analyse mobilise également des propositions théoriques inspirées de la pensée de Foucault, en ce sens que la médicalisation a souvent mobilisé des notions de pouvoir, d'assujettissement, de normalisation et de disciplinarisation. Nombreux sont les auteurs qui ont interprété la médicalisation à la lumière des mécanismes de surveillance et des pratiques normalisantes qui permettent d'investir et de modeler la vie sous toutes ses formes et dans ses moindres recoins. En bref, ces univers théoriques mobilisés dans les analyses sur la médicalisation suggèrent que la

médicalisation est un puissant révélateur des modalités de contrôle social et des dynamiques socioculturelles, économiques et politiques propres aux sociétés occidentales contemporaines.

Cette lecture de la médicalisation a surtout été présente lors de l'émergence de ce terme dans le vocabulaire sociologique au tournant des années 1970, bien qu'elle soit encore fréquemment véhiculée dans la pensée sociologique contemporaine. La médicalisation est rapidement devenue l'une des manifestations les plus significatives de cette emprise du corps individuel et social dans des relations de pouvoir inégales. Mais surtout, on assiste à une adéquation certaine entre les théories sociologiques en vigueur et le processus, phénomène et concept de médicalisation : les théories ont largement alimenté la critique virulente de la pathologisation de l'existence humaine tout autant que la médicalisation a servi à illustrer la vision sociale dégagée par les auteurs de ces théories et à renforcer leur présence dans le paysage sociologique.

Toutefois, d'autres influences théoriques sont plus tard venues modifier les interprétations mobilisées par le champ sémantique du terme médicalisation. Regroupés sous un deuxième axe d'analyse, ces cadres sociologiques sont reconnus pour leur capacité à repositionner les individus – et leurs motivations, attentes et besoins – au centre de leurs interprétations, sans toutefois qu'ils ne remettent en question l'existence de puissantes normes sociales et de mécanismes d'assujettissement. Ces univers théoriques – inspirés inégalement des propositions de l'approche interactionniste, de l'individualisme méthodologique et des travaux de Giddens et Beck notamment – ont été mobilisés par différents auteurs sur la médicalisation afin de mettre en lumière le rôle joué par les individus et les populations dans l'orientation de la trajectoire de la médicalisation. Ainsi, la santé et la maladie sont entrevues, entre autres, mais non pas uniquement, comme le produit de l'expérience subjective et des interactions sociales alors que les individus sont appelés dans les sociétés occidentales contemporaines à construire leur identité. La réflexivité, l'action individuelle, la création de sens et l'autodétermination sont des notions maintenant régulièrement associées à la médicalisation. De plus en plus d'auteurs se proposent de saisir les dynamiques sociales à l'œuvre dans ce processus et phénomène au travers, notamment, de l'influence exercée par les individus eux-mêmes. Chaque individu est appelé à être responsable de sa santé et peut, jusque dans une certaine mesure, négocier les termes de cette reconfiguration du normal et du pathologique et les mécanismes d'intervention qui y sont associés.

Cette lecture de la médicalisation a pris de l'ampleur à partir du milieu des années 1980, et surtout au cours des décennies 1990 et 2000. Il est intéressant de constater que si cette période est caractérisée par une multiplication des repères sociaux provoquant, selon Beck et Giddens, un état d'incertitude et

d'anxiété, elle est aussi caractérisée par la multiplication à la fois des publications ayant pour objet la médicalisation, mais aussi des diagnostics et des pratiques thérapeutiques, des sources d'information sur la santé et des professionnels disponibles. Il va s'en dire qu'encore une fois, l'évolution du champ sémantique de la médicalisation, et de ses différents mécanismes, enjeux et acteurs, est au diapason avec les référents sociologiques émergents qui ont su alimenter un certain renouveau dans la vision dégagée de ce processus, phénomène et concept qu'est la médicalisation.

#### *À la recherche des consistances de la médicalisation*

Si ces univers théoriques ont été présents, à des moments et degrés divers, dans les phases d'émergence et de croissance du terme médicalisation dans la littérature sociologique, nombreux sont les auteurs qui, aujourd'hui, en appellent à sa reconfiguration. À l'instar de ces auteurs, nous sommes d'avis que la médicalisation mérite une analyse approfondie des forces qui l'animent, de leurs conditions de possibilité, de leurs motivations et des contraintes qui limitent leur champ d'action, bref des consistances de la médicalisation. C'est ainsi que cette recherche des cadres sociologiques sous-jacents au champ sémantique du terme médicalisation et l'appel croissant à sa reconfiguration, nous ont amenés à poser l'hypothèse que les propositions théoriques de Martuccelli (2005) sur les consistances du social auraient la souplesse nécessaire pour permettre d'envisager la médicalisation à la fois comme le produit de structures sociales et d'une capacité réflexive individuelle. Cette troisième voie d'interprétation sociologique semble offrir une alternative théorique intéressante aux pôles d'analyses traditionnels qui opposent la société aux individus, alors que Martuccelli entrevoit plutôt l'ordre social dans la relation même qui unit l'action individuelle et les structures sociales. Ce schéma d'interprétation de la vie sociale permet ainsi de s'interroger sur les composantes structurelles et interactives, et les modes opératoires des réalités sociales comme celle de la médicalisation, plutôt que d'en proposer – comme c'est encore trop souvent le cas – une vision unilatérale.

La médicalisation est le reflet de la société dans laquelle elle s'insère avec son enchevêtrement de significations, de contraintes et de potentialités. La proposition théorique de Martuccelli nous permet ainsi de ne pas réduire la médicalisation soit à un simple symptôme d'une « psychologisation » plus large des problèmes individuels et sociaux – où les réponses aux épreuves de la vie ne trouveraient écho que dans des interventions individualisées –, soit, au contraire, à un stricte effet de l'omniprésence de mécanismes de domination des rapports sociaux. La malléabilité caractéristique de la vie sociale, que Martuccelli illustre par le concept d'intermonde, permet la coexistence de diverses interprétations d'un même processus, phénomène ou concept, comme celui de la médicalisation, et



rend compréhensible le fait qu'il puisse y avoir à la fois des actions visant à en faire la promotion et des mécanismes de résistance. Les événements sociaux ne sont pas étrangers à la conjoncture sociale, politique, économique et culturelle au sein de laquelle ils se déploient. La tâche du sociologue consiste donc à investiguer ces phénomènes sociaux et à mettre en lumière le récit de leur déroulement, alors que leur reformulation constante est autant souhaitée qu'inévitable. La reconnaissance de la complexité du système socioculturel dans lequel s'insèrent les phénomènes, comme celui de la médicalisation, est une prémisses essentielle à toute analyse sociologique et cette dernière doit éviter la tentation d'émettre des propositions simplistes. La médicalisation notamment est un phénomène social à causalité multiple et fait appel à un ensemble des plus variés de schèmes de pensées, d'expériences, de relations, de rôles et de mécanismes sociaux, ce que le sociologue se doit de déchiffrer et de faire interagir.

L'analyse sociologique doit donc prendre acte de cette élasticité de la vie sociale et faire l'économie d'une vision unilatérale de la médicalisation, guidée par la recherche du bien et du mal. Sans affirmer de manière idéaliste que la médicalisation soit essentielle à l'existence humaine et que son expansion illimitée soit guidée que par les seuls intérêts individuels, il faut éviter de tomber dans le piège inverse d'une sociologie critique qui ne verrait dans la médicalisation que le produit aliénant d'une domination professionnelle ou corporative. La promotion d'une perspective plus nuancée, qui tient compte des consistances plurielles de la vie sociale, permet non seulement de révéler dans toute sa complexité l'ensemble des logiques et mécanismes de la médicalisation, mais aussi de ne pas dépeindre celle-ci sous une forme caricaturale, incapable d'y voir simultanément les mécanismes d'assujettissement et de subjectivation à l'œuvre.

Aussi, nous avons délibérément choisi dans le cadre de cette thèse de ne pas prêter attention aux analyses empiriques ayant pour objet la médicalisation d'une problématique ou d'une clientèle spécifique. Nombreux sont les événements inhérents à l'existence humaine ayant été analysés, au cours des dernières décennies, sous le spectre de la médicalisation du social. La ménopause, la dysfonction érectile, les troubles de l'attention et les dépendances ne sont que quelques exemples de thèmes, tendances ou cas figurant sur cette liste, qui ne cesse de s'allonger, des conditions de prises en charge des interventions visant à améliorer l'état de santé des individus et des populations. Les applications de la médicalisation sont multiples dans la littérature en sciences sociales et en science de la santé et ils constituent de fait la majorité des publications sur le sujet. L'exclusion de ces publications nous a semblé nécessaire afin de concentrer nos efforts sur l'analyse du champ sémantique de la médicalisation et des cadres conceptuels qui en sous-tendent les différentes interprétations. Cette clarification sémantique était, à notre avis, un point de départ essentiel puisque l'analyse de cas

empiriques sur la médicalisation de l'existence humaine peut s'avérer être un exercice délicat en l'absence d'une mise au point préalable sur les significations mobilisées par ce terme depuis son émergence dans le vocabulaire sociologique. Aussi, notre introduction aux travaux de Martuccelli semble constituer un apport intéressant en ce qu'il pourrait permettre de nuancer les discours sur la médicalisation et d'en saisir les différentes dynamiques à l'œuvre.

Si nous avons abordé dans le cadre de cette thèse que la définition de la médicalisation et ses racines intellectuelles, l'exploration de ses domaines d'application et de ses différents cas de figure n'en est pourtant pas moins essentielle et constitue des pistes de recherche intéressantes. Il serait donc en ce sens dès maintenant important de revisiter les nombreux domaines d'application et les usages empiriques du terme médicalisation à la lumière des propositions de Martuccelli sur la consistance du social. Il ne s'agit donc pas seulement d'acquérir de nouvelles connaissances et d'explorer des cas de figure inédits à la recherche sociologique, mais aussi de réviser les différentes lectures jusqu'à maintenant proposées sur la médicalisation de nombreux domaines de l'existence humaine. Ainsi, la mise à l'épreuve de ce cadre théorique par l'utilisation d'études de cas nous semble être une démarche des plus pertinentes en ce qu'elle permettrait à la fois d'approfondir les réflexions sur la médicalisation et d'en dégager les modes opératoires. Parce que la médicalisation n'est en soi ni bonne ni mauvaise, nous sommes d'avis qu'il faut dès maintenant rendre compte de cette médicalisation dans sa globalité. Seul un travail d'analyse en profondeur pourrait permettre de dévoiler, dans toute leur complexité, les mécanismes de la médicalisation, car cette dernière est le fruit d'un ensemble de relations et de structures sociales, d'intérêts personnels, de pratiques professionnelles et de contraintes normatives, etc. qui ne peuvent ni être passés sous silence, ni être analysés en vase clos.

Plus que jamais, la médicalisation en appelle aujourd'hui à un lieu interdisciplinaire de réflexions, d'échange d'idées et de points de vue, car seuls ces regards croisés et cette ouverture du débat peuvent permettre d'enrichir la compréhension de ce processus, phénomène et concept complexe. La médicalisation d'un nombre de plus en plus imposant d'aspects de l'existence humaine se fonde sur des dynamiques sociales, économiques et politiques singulières, si bien que la sociologie a tout intérêt à s'allier aux autres disciplines – aussi confrontante que cette démarche puisse être – avec ce souci partagé d'appréhender le débat dans toute sa complexité. Cette jonction entre les regards rétrospectif, perspectif, critique et apologique offre l'opportunité d'une véritable analyse transversale des enjeux, mécanismes et significations mobilisées par la médicalisation de l'existence humaine.

Par ailleurs, il est d'autant plus pertinent d'étudier la médicalisation qu'on est loin du jour où ce processus, phénomène et concept disparaîtra du paysage de la vie sociale et du vocabulaire scientifique et populaire. En effet, la médicalisation repose au cœur même de nombreux débats qui animent présentement les sociétés occidentales contemporaines et qui semblent loin de vouloir s'essouffler. Il est alors particulièrement important de saisir ce qu'est la médicalisation et de savoir apprécier cette reconfiguration pathologique de l'existence humaine dans toute sa complexité parce qu'elle se situe au carrefour d'un ensemble diversifié de composantes de la vie biologique tout autant que sociale (instrumentalisation et technicisation du corps, appropriation du milieu naturel, individualisation et autonomisation des populations, etc.). Le curatif s'est adjoint au préventif tout comme l'expertise s'est alliée à une demande sociale croissante, faisant de la médicalisation un objet incontournable des sociétés occidentales modernes depuis quarante ans et pour encore plusieurs années à venir. La médicalisation est en somme une tendance lourde actuelle et à venir, dont les impacts se font et feront encore sentir sur de nombreuses sphères de la vie quotidienne et sociale.

Aussi, même si le terme médicalisation n'y est pas spécifiquement mentionné, plusieurs des débats sociaux qui font régulièrement la manchette sont inéluctablement liés à l'un ou l'autre des enjeux, mécanismes ou composantes de la médicalisation. On n'a qu'à penser, à ce titre, aux débats entourant la question du financement des systèmes de santé et de l'accès aux services et soins, ou encore du partage des champs de juridiction entre les médecins et les autres professionnels de la santé (infirmières, pharmaciens, sages-femmes, etc.). Ces questions sont souvent analysées uniquement ou principalement en regard à des enjeux juridiques, corporatifs, politiques et économiques, voire même éthiques, qui mobilisent toute l'attention médiatique et l'opinion publique. Mais il n'en demeure pas moins que ces sujets d'actualité font aussi inévitablement appel, bien que parfois de façon sous-jacente, à des considérations associées à cette médicalisation sans cesse grandissante de l'existence humaine (extension du champ de compétence de la médecine, recours grandissant à des pratiques thérapeutiques, multiplication des interventions de confort, etc.). Étudier le processus, phénomène et concept de médicalisation permet donc aussi d'apporter un regard différent sur l'ensemble de ces problématiques sociales. Bref, la médicalisation, et ses nombreuses déclinaisons sémantiques et empiriques, demeure un sujet et un enjeu d'importance centrale, qui non seulement mérite une attention soutenue de la part des sociologues, mais laisse poindre également des possibilités d'analyse fructueuses pour l'avenir, pour autant que sa reconfiguration tienne compte, désormais, de ses consistances plurielles.

## RÉFÉRENCES

- Pitts, J. 1968. « Social Control: the Concept ». In *International Encyclopedia of Social Sciences*, sous la dir. de D.L. Sills, vol. 14, p. 381-396. New York: Macmillan.  
Zone géographique : États-Unis (incertain)
- Zola, Irving Kenneth. 1972. « Medicine as an Institution of Social Control ». *Sociological Review*, no 20, p. 487-504.  
Zone géographique : États-Unis
- Conrad, Peter. 1975. « The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior ». *Social Problems*, vol. 23, no 1, p. 12-21.  
Zone géographique : États-Unis
- Illich, Ivan. 1975. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris : Éditions du Seuil, 221 p.  
Zone géographique : Mexique (Autriche)
- Horobin, Gordon. 1975. « Commentary on "The Medicalization of Life" and "Society's Expectations of Health" ». *Journal of Medical Ethics*, vol. 1, p. 90-91.  
Zone géographique : Grande-Bretagne
- Fox, Renee C. 1977. « The Medicalization and Demedicalization of American Society ». *Daedalus*, vol. 106, p. 9-22.  
Zone géographique : États-Unis
- Colby, Tony. 1977. « One Flew Over Illich's Nest ». *Social Development Issues*, vol. 1, no 1, p. 21-31.  
Zone géographique : États-Unis (incertain)
- Helling, George. 1977. « In Defense of Illich ». *Social Development Issues*, vol. 1, no 1, p. 32-42.  
Zone géographique : États-Unis (incertain)
- Strong, P.M. 1979. « Sociological Imperialism and the Profession of Medicine ». *Social Science and Medicine*, vol. 13A, p. 199-215.  
Zone géographique : Grande-Bretagne
- Conrad, Peter, et Joseph W. Schneider. 1980. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis; Toronto : C. V. Mosby, 311 p.  
Zone géographique : États-Unis
- Gusfield, Joseph. 1980. « Foreword ». In *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Peter Conrad et Joseph W. Schneider, p. V à X. St. Louis; Toronto : C. V. Mosby.  
Zone géographique : États-Unis

- Conrad, Peter, et Joseph W. Schneider. 1980. « Looking at Levels of Medicalization: A Comment on Strong's Critique of the Thesis of Medical Imperialism ». *Social Science and Medicine*, vol. 14A, p. 75-79.  
Zone géographique : États-Unis
- Crawford, Robert. 1980. « Healthism and the Medicalization of Everyday Life ». *International Journal of Health Services*, vol. 10, no 3, p. 365-388.  
Zone géographique : États-Unis
- Bozzini, Luciano, Marc Renaud, Dominique Gaucher et Jaime Llambias-Wolff. 1981. *Médecine et société*. Laval : Éditions Albert Saint-Martin, 549 p.  
Zone géographique : Canada
- Zola, Irving Kenneth. 1981. « Culte de la santé et méfaits de la médicalisation ». In *Médecine et société*, Luciano Bozzini, Marc Renaud, Dominique Gaucher et Jaime Llambias-Wolff, p. 31-51. Laval : Éditions Albert Saint-Martin. Version française de Zola, Irving Kenneth. 1977. « Healthism and Disabling Medicalization ». In *Disabling Professions*, I. Illich, I. K. Zola, J. McKnight, J. Caplan et H. Shaiken, London; Salem (N.H.) : M. Boyars.  
Zone géographique : États-Unis
- Vuori, Hannu. 1982. « Medicalization of Social Phenomena ». *Scandinavian Journal of Social Medicine*, Supplementum, no 31, p. 95-110.  
Zone géographique : Finlande
- Zola, Irving Kenneth. 1983. *Socio-Medical Inquiries: Recollections, Reflections, and Reconsiderations*. Philadelphia : Temple University Press, 349 p.  
Zone géographique : États-Unis
- Riessman, Catherine Kohler. 1983. « Women and Medicalization: A New Perspective ». *Social Policy*, vol. 14, no1, p. 3-18.  
Zone géographique : États-Unis
- Waitzkin, Howard. 1984. « The Micropolitics of Medicine: A Contextual Analysis ». *International Journal of Health Services*, vol. 14, no 3, p. 339-378.  
Zone géographique : États-Unis
- O'Neil, John. 1986. « The Medicalization of Social Control ». *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, vol. 23, no 1, p. 350-364.  
Zone géographique : Canada
- Halpern, Sydney A. 1990. « Medicalization as Professional Process: Postwar Trends in Pediatrics ». *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 31, no 1, p. 28-42.  
Zone géographique : États-Unis
- Conrad, Peter. 1992. « Medicalization and Social Control ». *Annual Review of Sociology*, vol. 18, p. 209-223.  
Zone géographique : États-Unis
- Barbier, Dominique. 1993. « La médicalisation, symptôme ou mécanisme de défense ? ». *Soins psychiatrie*, no 148, p. 9-12.  
Zone géographique : France



- Lowenberg, June S., et Fred Davis. 1994. « Beyond Medicalisation-Demmedicalisation: the Case of Holistic Health ». *Sociology of Health and Illness*, vol. 16, no 5, p. 579-599.  
Zone géographique : États-Unis
- Bouchard, Louise, et David Cohen. 1995. *Médicalisation et contrôle social. Actes du colloque tenu le 17 mai 1994 à l'Université du Québec (UQAM) dans le cadre du 62<sup>e</sup> Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (Acfas)*. Montréal : Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, p. 1-7.  
Zone géographique : Canada
- Renaud, Marc. 1995. « Le concept de médicalisation a-t-il toujours la même pertinence ? ». In *Médicalisation et contrôle social. Actes du colloque tenu le 17 mai 1994 à l'Université du Québec (UQAM) dans le cadre du 62<sup>e</sup> Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (Acfas)*, sous la dir. de Louise Bouchard et David Cohen, p. 163-173. Montréal : Association canadienne-française pour l'avancement des sciences.  
Zone géographique : Canada
- Barsky, Arthur, et Jonathan Boros. 1995. « Somatization and Medicalization in the Era of Managed Care ». *JAMA*, vol. 274, no 24, p. 1931-1934.  
Zone géographique : États-Unis
- Williams, Simon, et Michael Calnan. 1996. « The "Limits" of Medicalization?: Modern Medicine and the Lay Populace in "Late" Modernity ». *Social Science and Medicine*, vol. 42, no 12, p. 1609-1620.  
Zone géographique : Grande-Bretagne
- Broom, Dorothy H., et Roslyn V. Woodward. 1996. « Medicalisation Reconsidered: Toward a Collaborative Approach to Care ». *Sociology of Health and Illness*, vol. 18, no 3, p. 357-378.  
Zone géographique : Australie
- Zappalà, Annick. 1997. « La médecine médiatisée : entre la médicalisation du social et la socialisation de la science ». *Hermès*, no 21, p. 181-190.  
Zone géographique : Suisse
- Aïach, Pierre. 1998. « Les voies de la médicalisation ». In *L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas*, sous la dir. de Pierre Aïach et Daniel Delanoë, p. 15-36. Paris : Anthropos.  
Zone géographique : France
- Fassin, Didier. 1998. « Avant-propos. Les politiques de la médicalisation ». In *L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas*, sous la dir. de Pierre Aïach et Daniel Delanoë, p. 1-13. Paris : Anthropos.  
Zone géographique : France
- Drulhe, Marcel, et Serge Clément. 1998. « Enjeux et formes de la médicalisation : d'une approche globale au cas de la gérontologie ». In *L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas*, sous la dir. de Pierre Aïach et Daniel Delanoë, p. 69-96. Paris : Anthropos.  
Zone géographique : France
- Verweij, Marcel. 1999. « Medicalization as a Moral Problem for Preventive Medicine ». *Bioethics*, vol. 13, no 2, p. 89-113.  
Zone géographique : Pays-Bas

- Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket et Jennifer R. Fishman. 2000.  
« Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales et rhizomes mondiaux ». *Sciences sociales et santé*, vol. 18, no 2, p. 11-42.  
Zone géographique : États-Unis
- Purdy, Laura. 2001. « Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine ». *Bioethics*, vol. 15, no 3, p. 248-261.  
Zone géographique : États-Unis
- Gary, Ann. 2001. « Medicine and Medicalization: a Response to Purdy ». *Bioethics*, vol. 15, no 3, p. 262-269.  
Zone géographique : États-Unis
- Williams, Simon J. 2001. « Sociological Imperialism and the Profession of Medicine Revisited: Where are We Now? ». *Sociology of Health and Illness*, vol. 23, no 2, p. 135-158.  
Zone géographique : Grande-Bretagne
- Leibovici, Leonard, et Michel Lièvre. 2002. « Medicalisation: Peering from Inside Medicine ». *BMJ*, vol. 324, no 7342, p. 866.  
Zone géographique : Israël (L. Leibovici) et France (M. Lièvre)
- Mintzes, Barbara. 2002. « For and Against: Direct to Consumer Advertising is Medicalising Normal Human Experience: For ». *BMJ*, vol. 324, no 7342, p. 908-909.  
Zone géographique : Canada
- Bonaccorso, Silvia N., et Jeffrey L. Sturchio. 2002. « For and Against: Direct to Consumer Advertising is Medicalising Normal Human Experience: Against ». *BMJ*, vol. 324, no 7342, p. 910-911.  
Zone géographique : États-Unis
- Moynihan, Ray, Iona Heath et David Henry. 2002. « Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering ». *BMJ*, vol. 324, no 7342, p. 886-890.  
Zone géographique : Australie
- Moynihan, Ray, et Richard Smith. 2002. « Too Much Medicine? ». *BMJ*, vol. 324, no 7342, p. 859-860.  
Zone géographique : Australie (R. Moynihan) et Grande-Bretagne (R. Smith)
- Aronson, Jeff. 2002. « When I Use a Word...: Medicalization ». *BMJ*, vol. 324, no 7342, p. 904.  
Zone géographique : Grande-Bretagne (incertain)
- Chodoff, Paul. 2002. « The Medicalization of Human Condition ». *Psychiatric Services*, vol. 53, no 5, p. 627-628.  
Zone géographique : États-Unis
- Breslau, Erica S. 2003. « The Continuum: Somatic Distress to Medicalization in Women with Breast Cancer: Theoretical and Empirical Assessment ». *Gender Perspectives on Health and Medicine: Key Themes, Advances in Gender Research*, vol. 7, p. 131-180.  
Zone géographique : États-Unis

- Riska, Elianne. 2003. « Gendering the Medicalization Thesis ». *Gender Perspectives on Health and Medicine: Key Themes, Advances in Gender Research*, vol. 7, p. 59-87.  
Zone géographique : Finlande
- Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket et Jennifer R. Fishman. 2003. « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine ». *American Sociological Review*, vol. 68, no 2, p. 161-194.  
Zone géographique : États-Unis
- Nye, Robert. 2003. « The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth ». *Journal of History of the Behavioral Sciences*, vol. 39, no 2, p. 115-129.  
Zone géographique : États-Unis
- Conrad, Peter, et Valerie Leiter. 2004. « Medicalization, Markets and Consumers ». *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, p. 158-176.  
Zone géographique : États-Unis
- Dupuy, Jean-Pierre. 2004. « La médicalisation de la vie. Médecine et pouvoir : en hommage à Ivan Illich ». *Esprit*, vol. 10, no 308, p. 26-39.  
Zone géographique : France
- Filc, D. 2004. « The Medical Text: Between Biomedicine and Hegemony ». *Social Science and Medicine*, vol. 59, no 6, p. 1275-1285.  
Zone géographique : Israël
- Gori, Roland, et Marie-José Del Volgo. 2004. *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris : Denoël, 270 p.  
Zone géographique : France
- Lippman, Abby. 2004. « Cycles féminins à vendre. La néo-médicalisation et la santé reproductive des femmes ». *Le réseau canadien pour la santé des femmes*, vol. 6/7, no 4/1, p. 8-11.  
Zone géographique : Canada
- Lock, Margaret. 2004. « Medicalization and the Naturalization of Social Control ». In *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*, sous la dir. de Carol R. Ember, et Melvin Ember, vol. 1, p. 116-125. New York : Springer.  
Zone géographique : Canada
- Ngoundo Mbongue, T.B., A. Sommet, A. Pathak et J.L. Montastruc. 2005. « "Medicamentation" of Society, Non-diseases and Non-medications: a Point of View from Social Pharmacology ». *European Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 61, no 4, p. 309-313.  
Zone géographique : France
- Ballard, Karen, et Mary Ann Elston. 2005. « Medicalisation: A Multi-Dimensional Concept ». *Social Theory and Health*, vol. 3, no 3, p. 228-241.  
Zone géographique : Grande-Bretagne

- Blech, Jorg. 2005. *Les inventeurs de maladies. Manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique*. Arles : Actes Sud, 281 p.  
Zone géographique : Allemagne
- Conrad, Peter. 2005. « The Shifting Engines of Medicalization ». *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, p. 3-14.  
Zone géographique : États-Unis
- Lupton, Deborah. 2005. « Foucault and the Medicalisation Critique ». In *Medical Sociology. Major Themes in Health and Social Welfare*, sous la dir. de Graham Scambler, vol. 1, p. 245-257. New York : Routledge. Publié originellement dans Peterson, A., et R. Burton (dir.). 1997. *Foucault, Health and Medicine*. London : Routledge, p. 94-110.  
Zone géographique : Australie
- Furedi, Frank. 2005. « Our unhealthy obsession with illness ». *Spiked*, publié le 23 mars, <<http://www.spiked-online.com/Articles/0000000CA958.htm>>.  
Zone géographique : Grande-Bretagne
- Conrad, Peter. 2006. « Up, Down, and Sideways ». *Society*, vol. 43, no 6, p. 19-20.  
Zone géographique : États-Unis
- Davis, Joseph E. 2006. « How Medicalization Lost Its Way ». *Society*, vol. 43, no 6, p. 51-56.  
Zone géographique : États-Unis
- Dingwall, Robert. 2006. « Imperialism or Encirclement? ». *Society*, vol. 43, no 6, p. 30-36.  
Zone géographique : Grande-Bretagne
- Furedi, Frank. 2006. « The End of Professional Dominance ». *Society*, vol. 43, no 6, p. 14-18.  
Zone géographique : Grande-Bretagne
- Hafferty, Frederic W. 2006. « Medicalization Reconsidered ». *Society*, vol. 43, no 6, p. 41-46.  
Zone géographique : États-Unis
- Bury, Mike. 2006. « Dominance from Above and Below ». *Society*, vol. 43, no 6, p. 37-40.  
Zone géographique : Grande-Bretagne
- Colucci, Mario. 2006. « Medicalization ». *Journal of Science Communication*, vol. 5, no 1, p. 1-5.  
Zone géographique : Italie
- Davies, Timothy. 2006. « Curse or Cure? The Medicalisation of Social Life ». *Sociology Review*, vol. 15, no 3, p. 29-31.  
Zone géographique : Grande-Bretagne
- Gori, Roland. 2006. « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du "souci de soi" ». *Champ psychosomatique*, no 42, p. 55-83.  
Zone géographique : France
- Pignarre, Philippe. 2006. *Les malheurs des psys. Psychotropes et médicalisation du social*. Paris : La Découverte, 178 p.  
Zone géographique : France

- Thiel, Marie-Jo. 2006. « Le mouvement de médicalisation de l'existence humaine ». *Revue d'éthique et de théologie morale*, no 241, p. 87-117.  
Zone géographique : Suisse
- McLellan, Faith. 2007. « Medicalisation: a Medical Nemesis ». *The Lancet*, vol. 369, no 9562, p. 627-628.  
Zone géographique : États-Unis
- Rose, Nikolas. 2007. « Beyond Medicalization ». *The Lancet*, vol. 369, no 9562, p. 700-701.  
Zone géographique : Grande-Bretagne
- Tomes, Nancy. 2007. « Patient Empowerment and the Dilemmas of Late-Modern Medicalization ». *The Lancet*, vol. 369, no 9562, p. 698-700.  
Zone géographique : États-Unis
- Metzl, Jonathan M., et Rebecca M. Herzing. 2007. « Medicalization in the 21<sup>st</sup> Century: Introduction ». *The Lancet*, vol. 369, no 9562, p. 697-698.  
Zone géographique : États-Unis
- Collin, Johanne, et Amnon J. Suissa. 2007. « Les multiples facettes de la médicalisation du social ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, no 2, p. 25-33.  
Zone géographique : Canada
- Moreau, Nicolas, et Florence Vinit. 2007. « Empreintes de corps : Éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, no 2, p. 34-45.  
Zone géographique : Canada
- Suissa, Amnon J. 2007. « Dépendances et médicalisation : repères et enjeux psychosociaux ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, no 2, p. 92-110.  
Zone géographique : Canada
- Conrad, Peter. 2007. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore : John Hopkins University Press, 204 p.  
Zone géographique : États-Unis
- Kiefer, Bertrand. 2007. « Bloc-notes. La médicalisation sans les médecins ». *Revue médicale suisse*, no 108, p. 1088.  
Zone géographique : Suisse
- Szasz, Thomas. 2007. *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*. Syracuse; New York : Syracuse University Press, 202 p.  
Zone géographique : États-Unis
- Lantz, Paula, Richard L. Lichtenstein et Harold A. Pollack. 2007. « Health Policy Approaches To Population Health: The Limits of Medicalization ». *Health Affairs*, vol. 26, no 5, p. 1253-1257.  
Zone géographique : États-Unis
- Gilioli, Christian. 2008. « La médicalisation de la vie ». *Gestions hospitalières*, no 472, p. 24-35.  
Zone géographique : France



- Gori, Roland. 2008. « La médicalisation de l'existence : une passion de la norme ? ». *Médecine et enfance*, vol. 28, no 1, p. 35-42.  
Zone géographique : France
- Pignarre, Philippe. 2008. « Médicaliser/démédicaliser : développer l'expertise des patients ». *Cliniques méditerranéennes*, vol.1, no 77, p. 125-136.  
Zone géographique : France
- Suissa, Amnon J. 2008. « Représentations du corps, médicalisation et lien social : l'exemple de la chirurgie esthétique ». *Lien social et politiques*, no 59, p. 103-113.  
Zone géographique : Canada
- Poitras, Geoffrey, et Lindsay Meredith. 2008. « Ethical Transparency and Economic Medicalization ». *Journal of Business Ethics*, no 86, p. 313-326.  
Zone géographique : Canada
- Sanni Yaya, Hachimi (dir.). 2009. *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*. Québec : Presses de l'Université Laval, 424 p.  
Zone géographique : Canada
- Panese, Francesco, et Vincent Barras. 2009. « Ambivalences de la médicalisation : patients, maladies, clinique ». In *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, sous la dir. de Hachimi Sanni Yaya, p. 33-58. Québec : Presses de l'Université Laval.  
Zone géographique : Suisse
- Aïach, Pierre. 2009. « L'irrésistible expansion du champ de la santé ». In *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, sous la dir. de Hachimi Sanni Yaya, p. 81-99. Québec : Presses de l'Université Laval.  
Zone géographique : France
- Bert, Jean-François. 2009. « La notion de médicalisation et son emploi. Comment Foucault déplace et redéploie cette notion ». In *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, sous la dir. de Hachimi Sanni Yaya, p. 101-119. Québec : Presses de l'Université Laval.  
Zone géographique : France
- Gori, Roland. 2009. « L'expertise, une nouvelle forme de censure sociale ». In *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, sous la dir. de Hachimi Sanni Yaya, p. 121-140. Québec : Presses de l'Université Laval.  
Zone géographique : France
- Del Volgo, Marie-Josée. 2009. « La biomédicalisation de l'humain ». In *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, sous la dir. de Hachimi Sanni Yaya, p. 141-156. Québec : Presses de l'Université Laval.  
Zone géographique : France
- Aïach, Pierre. s.d. *Médicalisation/santéisation et psychopathologisation du social*. Transcription de conférence, p. 20-25, <<http://www.iut.univ-lille3.fr/gracc/table ronde1/gracc-part5.pdf>>.  
Zone géographique : France

Aïach, Pierre, Marc Menou et Marcel Drulhe. s.d. *La médicalisation*. Transcription de conférence,  
<<http://www.grep-mp.org/conferences/Parcours-13-14/medicalisation.htm>>.  
Zone géographique : France

## BIBLIOGRAPHIE

- Abernethy, Virginia, Charles V. Ford, Clifton Meador, Frank A. Sloan et Steven S. Sharfstein. 1984. « The Medicalization of Society: Is There a Way to Turn Back? ». *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 35, no 6, p. 533-536.
- Acheson, Roy M. 1990. « The Medicalization of Public Health, the United Kingdom and the United States Contrasted ». *Journal of Public Health Medicine*, vol. 12, no 1, p. 31-38.
- Adam, Philippe, et Claudine Herzlich. 2004. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Armand Colin, 127 p.
- Araujo, Andre B. 1999. *Perspectives on Medicalization*. Thèse de maîtrise, Boston, Boston University, 44 p.
- Armstrong, David. 1995. « The Rise of Surveillance Medicine ». *Sociology of Health and Illness*, vol. 17, no 3, p. 393-404.
- Armstrong, Pat. 1997. « The Welfare State as History ». In *The Welfare State in Canada: Past, Present and Future*, sous la dir. de Raymond B. Blake, Penny E. Bryden et J. Frank Strain, p. 52-73. Concord, Ont. : Irwin Pub.
- Assogba, Yao Ayetokan. 1999. *La sociologie de Raymond Boudon : essai de synthèse et application de l'individualisme méthodologique*. Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université Laval, 327 p.
- Bairoch, Paul. 1997. *Victoires et déboires. Histoire économique et sociale du monde du XVI<sup>e</sup> siècle à nos jours*. 3 t. Paris : Gallimard.
- Bardin, Laurence. 1991. *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France, 291 p.
- Basky, Arthur. 1988. « The Paradox of Health ». *The New England Journal of Medicine*, vol. 318, no 7, p. 414-418.
- Batifoulier, Philippe, et Vincent Touzé. 2000. *La protection sociale*. Paris : Dunod, 123 p.
- Beauchemin, Jacques, Gilles Bourque et Jules Duchastel. 1991. « L'Église, la tradition et la modernité ». *Recherches sociographiques*, vol. 32, no 2 (mai-août), p. 175-197, <[http://classiques.uqac.ca/contemporains/beauchemin\\_jacques/eglise\\_tradition\\_modernite/eglise\\_tradition\\_intro.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/beauchemin_jacques/eglise_tradition_modernite/eglise_tradition_intro.html)>.
- Beaulieu, Alain (dir.). 2005. *Michel Foucault et le contrôle social*. Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université Laval, 292 p.
- Beck, Ulrich. 2003. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Flammarion, 521 p.
- Berg, Bruce L. 2004. *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Boston : Pearson, 400 p.

- Berthelot, Jean-Michel (dir.). 2001. *Épistémologie des sciences sociales*. Paris : Presses universitaires de France, 593 p.
- Blake, Raymond B., Penny E. Bryden et J. Frank Strain (dir.). 1997. *The Welfare State in Canada: Past, Present and Future*. Concord, Ont. : Irwin Pub., 270 p.
- Bock, Gisela. 2002. « Pauvreté féminine, droits des mères et États-Providence ». In *Histoire des femmes en Occident*, sous la dir. de Georges Duby et Michelle Perrot, 5<sup>e</sup> tome, p. 515-554. Paris : Plon, Perrin.
- Bonah, Christian, et Anne Rasmussen. 2005. *Histoire et médicament : aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècle*. Paris : Éditions Glyphe, 273 p.
- Bosio-Valici, Sabine, et Michelle Zancarini-Fournel. 2001. *Femmes et frères de l'être : un siècle d'émancipation féminine*. Paris : Larousse, 191 p.
- Boudon, Raymond, et François Bourricaud. 2000. *Dictionnaire critique de la sociologie*. Paris : Presses universitaires de France, 714 p.
- Boudon, Raymond. 2002. « Théorie du choix rationnel ou individualisme méthodologique ? ». *Sociologie et sociétés*, vol. 34, no 1, p. 9-34.
- Bourdelaïs, Patrice, et Olivier Faure (dir.). 2005. *Les nouvelles pratiques de santé : acteurs, objets, logiques sociales (XXIII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles)*. Paris : Belin, 382 p.
- Bourdieu, Pierre, Jean-Claude Chamboredon et Jean-Claude Passeron. 2005. *Le métier de sociologue : préalables épistémologiques*. 5<sup>e</sup> éd. Berlin; New York : Mouton de Gruyter, 357 p.
- Boutier, Jean, Jean-Claude Passeron et Jacques Revel. 2006. *Qu'est-ce qu'une discipline ?* Coll. « Enquête », Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 260 p.
- Braudel, Fernand. 1985. *Écrits sur l'histoire*. Paris : Éditions Flammarion, 315 p.
- Brown, Phil. 1995. « Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness ». *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future, p. 34-52.
- Brown, Tim, et Morag Bell. 2007. « Off the Couch and on the Move: Global Public Health and the Medicalisation of nature ». *Social Science and Medicine*, no 64, p. 1343-1354.
- Browner, C.H. 1999. « On the Medicalization of Medical Anthropology ». *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 13, no 2, p. 135-140.
- Brunelle, Dorval. 2003. *Dérive globale*. Montréal : Boréal, 224 p.
- Bull, Malcolm. 1990. « Secularization and Medicalization ». *The British Journal of Sociology*, vol. 41, no 2, p. 245-261.
- Cabré, Maria Teresa. 1998. *La terminologie. Théorie, méthode et application*. Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa, 322 p.

- Canguilhem, G. 1966. *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses universitaires de France, 227 p.
- Caradec, Vincent, et Danilo Martuccelli (dir.). 2004. *Matériaux pour une sociologie de l'individu. Perspective et débats*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, 318 p.
- Carricaburu, Daniëlle, et Marie Ménoret. 2004. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris : Armand Colin, 240 p.
- Castel, Robert. 1981. *La gestion des risque. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris : Éditions de Minuit, 227 p.
- Castel, Robert. 1988. « De l'intégration sociale à l'éclatement du social : l'émergence, l'apogée et le départ à la retraite du contrôle social ». *Revue internationale d'action communautaire*, vol. 20, no 60 (automne), p. 67 à 78.
- Casteldine, George. 2002. « Why Does Modernization Mean Medicalization? ». *British Journal of Nursing*, vol. 11, no 22, p. 1478.
- Cathébras, P. 2003. « Le docteur Knock habite Wall Street. Les nouvelles cibles de l'industrie pharmaceutique ». *La revue de médecine interne*, no 24, p. 538-541.
- Cellard, André. 1997. « L'analyse documentaire ». In *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la dir. de J. Poupard, J-P. Deslauriers, L-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires, p. 251-271. Montréal : Gaëtan Morin.
- Chronister, Craig Irwin. 1983. *Toward a Critique of Medicalization. An Analysis of the Underlying Political Economy*. Thèse de maîtrise, Pittsburg, Pittsburg State University, 131 p.
- Colin, Jones, et Roy Porter (dir.). 1994. *Reassessing Foucault*. London; New York : Routledge, 125 p.
- Collin, Johanne, Marcelo Otero et Laurence Monnais. 2006. *Le médicament au cœur de la société contemporaine : regards croisés sur un objet complexe*. Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université du Québec, 284 p.
- Conrad, Peter. 1979. « The Types of Social Control ». *Sociology of Health and Illness*, vol. 1, no 1, p. 1-11.
- Conrad, Peter, et Cheryl Stults. 2008. « Contestation and Medicalization ». In *Contesting Illness. Process and Practices*, sous la dir. de Pamela Moss et Katherine Techtsoonian, p. 323-335. Toronto : Toronto University Press.
- Corcuff, Philippe. 2007. *Les nouvelles sociologies : entre le collectif et l'individuel*. 2<sup>e</sup> éd. Paris : Armand Colin, 127 p.
- Corcuff, Philippe. 2008. « Quelques défis épistémologiques pour la sociologie du XXI<sup>e</sup> siècle ». In *Épistémologie de la sociologie. Paradigmes pour le XXI<sup>e</sup> siècle*, sous la dir. de Marc Jacquemain et Bruno Frère, p. 173-196. Bruxelles : Éditions de Boeck.
- Demers, Louis. 2003. « La profession médicale et l'État ». In *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger, p. 261-295. Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université Laval.



- De Quieroz, Jean Manuel, et Marek Ziotkowski. 1997. *L'interactionnisme symbolique*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 140 p.
- Detrez, Christine. 2002. *La construction sociale du corps*. Paris : Éditions du Seuil, 257 p.
- D'Houtaud, Alphonse. 1999. *La santé à travers les sciences humaines et sociales. Approche linguistique et sociologique*. Paris : Masson, 132 p.
- Dupuy, Jean-Pierre. 2004a. « Vers l'unité des sciences sociales autour de l'individualisme méthodologique complexe ». *Revue du Mauss*, vol. 2, no 24, p. 310-328.
- Dobbelaere, Karel. 2002. *Secularization: An Analysis at Three Levels*. Coll. «Gods, Humans, and Religions», Bruxelles : P.I.E.-Peter Lang, 214 p.
- Dormont, Brigitte. 2009. *Les dépenses de santé : une augmentation salubre ?*. Paris : Éditions rue d'Ulm, 78 p.
- Duby, Georges, et Michelle Perrot (dir.). 2002. *Histoire des femmes en Occident*. 5 tomes. Paris : Plon, Perrin.
- Ehrenberg, Alain. 2004. « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale ». *Esprit*, vol. 5, no 304, p. 133-156.
- Ewald, Francois. 1986. *L'État providence*. Paris : B. Grasset, 608 p.
- Fabini, Jean-Louis. 2006. « À quoi sert la notion de discipline ? ». In *Qu'est-ce qu'une discipline ?*, sous la dir. de Jean Boutier, Jean-Claude Passeron et Jacques Revel, p. 11-34. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Fabrega, Horacio Jr. 1980. « The Idea of Medicalization: An Anthropological Perspective ». *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 24, no 1, p. 129-142.
- Facal, Joseph. 2006. *Volonté politique et pouvoir médical : naissance de l'assurance-maladie au Québec et aux États-Unis*. Montréal : Boréal, 353 p.
- Fassin, Didier. 2000. *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Coll. « Hommes et sociétés », Paris : Karthala, 344 p.
- Fassin, Didier, et Dominique Memmi (dir.). 2004. *Le gouvernement des corps*. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 269 p.
- Faure, Olivier. 1994. *Histoire sociale de la médecine (XVIII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles)*. Coll. « Historiques », Paris : Anthropos, 272 p.
- Faure, Olivier. 1998. « La médicalisation vue par les historiens ». In *L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas*, sous la dir. de Pierre Aïach et Daniel Delanoë, p. 53-67. Paris : Anthropos,
- Fleury, Marie-Josée et coll. (dir.). 2007. *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*. Montréal : Gaëtan Morin, 513 p.

- Fletcher, James L. 1994. « Letters to the Editor. "Medicalization" of America: Physician, Heal Thy Society? ». *American Family Physician*, vol. 49, no 7, p. 1597-1598.
- Flower, Rod. 2004. « Lifestyle Drugs: Pharmacology and the Social Agenda ». *TRENDS in Pharmacological Sciences*, vol. 25, no 4, p. 182-185.
- Fondras, Jean-Claude. 2009. *La douleur : expérience et médicalisation*. Coll. « Médecine & sciences humaines ». Paris : Belles lettres, 277 p.
- Ford, Tara L., et Rodney A. Clifton. 2005. « Microsocial. Self-identification ». In *Recent Social Trends in Canada. 1960-2000*, sous la dir. de Lance W. Roberts, Rodney A. Clifton, Barry Ferguson, Karen Kampen et Simon Langlois, p. 82-84. Montréal : McGill-Queen's University Press.
- Forest, Pierre-Gerlier, et Kristina Maud Bergeron. 2005. « Les politiques de réformes du système de santé dans cinq fédérations : une analyse de travaux scientifiques récents ». In *Politiques publiques comparées dans les états fédérés : l'Allemagne, l'Australie, le Canada, les États-Unis et la Suisse*, sous la dir. de Louis-Marie Imbeau, p. 59-90. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Foucault, Michel. 1961. *Folie et déraison : histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Librairie Plon, 673 p.
- Foucault, Michel. 1972. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, 583 p.
- Foucault, Michel. 1975. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris : Gallimard, 318 p.
- Foucault, Michel. 1979. *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*. Coll. « Architecture + archives », Paris : P. Mardaga, 184 p.
- Foucault, Michel. 1984. *Le souci de soi*. Paris : Gallimard, 284 p.
- Foucault, Michel. 1988. *Naissance de la clinique*. Coll. « Quadrige », Paris : Presses universitaires de France, 214 p.
- Foucault, Michel. 2001. *Dits et écrits 1954-1988; édition établie sous la direction de Daniel Defert et François Ewald avec la collaboration de Jacques Lagrange*. Coll. « Quarto », 2 t. Paris : Gallimard.
- Fournier, Martine. 2001. « La contre-culture. La révolte des seventies ». *Sciences humaines*, no 30, p. 94-95.
- Franck, Robert. 2001. « Histoire et structure ». In *Épistémologie des sciences sociales*, sous la dir. Jean-Michel Berthelot, Paris : Presses universitaires de France, p. 317-394.
- Furedi, Frank. 2004. « Reflections on the Medicalisation of Social Experience ». *British Journal of Guidance and Counselling*, vol. 32, no 3, p. 413-415.
- Gagnon, Marc-André. 2008. *Les sociétés pharmaceutiques contre l'État. L'économie politique globale de Big Pharma*. Conférence prononcée pour le GRIC/CEIM, Université du Québec à Montréal, Montréal, 6 octobre 2008.

- Garr, Michael S. 1979. *The Medical Profession, the Pharmaceutical Industry and the Medicalization of Experience*. Thèse de maîtrise, Athens (Ohio), Ohio University, 144 p.
- Gaucher, Dominique, France Laurendeau et Louise-Hélène Trottier. 1981. « Parler de la vie. L'apport des femmes à la sociologie de la santé ». *Sociologie et société*, vol. XIII, no 2, p. 139-152.
- Gauthier, Benoît. 2003. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. 4<sup>e</sup> éd. Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université du Québec, 619 p.
- Gauthier, André. 2004. *L'économie mondiale. Du début du XX<sup>e</sup> siècle à nos jours : d'une mondialisation à l'autre*. Rosny : Bréal, 664 p.
- Gauthier, André. 2009. *D'une mondialisation à l'autre : histoire économique et sociale du monde depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle*. Rosny : Bréal, 272 p.
- Genard, Jean-Louis. 1999. *La grammaire de la responsabilité*. Paris : Cerf, 208 p.
- Gerhardt, Uta. 1989. *Ideas About Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology*. New York : New York University Press, 425 p.
- Giami, A. 2009. « La médicalisation de la sexualité : fausses questions et vrais enjeux ». *Sexologies*, vol. 18, no 4, p. 262-264.
- Giddens, Anthony. 1987. *La constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration*. Paris : Presses universitaires de France, 474 p.
- Giddens, Anthony. 1994. *Les conséquences de la modernité*. Paris : L'Harmattan, 192 p.
- Goffman, Erving. 1968. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Éditions de Minuit, 451 p.
- Grawitz, Madeleine. 1996. *Méthodes des sciences sociales*. 10<sup>e</sup> éd. Paris : Dalloz, 920 p.
- Gros, Frédéric. 2010. *Michel Foucault*. Coll. « Que sais-je ? », Paris : Presses universitaires de France, 127 p.
- Guest, Dennis. 1995. *Histoire de la sécurité sociale au Canada*. Montréal : Boréal, 478 p.
- Guigot, André. 2006. *Michel Foucault. Le philosophe archéologue*. Toulouse : Éditions Milan, 63 p.
- Guillaume, Pierre. 2005. « L'hygiène à l'école et par l'école ». In *Les nouvelles pratiques de santé : acteurs, objets, logiques sociales (XXIII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles)*, sous la dir. de Patrice Bourdelais et Olivier Faure, p. 243-266. Paris : Belin.
- Herzlich, Claudine, et Janine Pierret. 1984. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*. Paris : Payot, 295 p.
- Herzlich, Claudine. 1970. *Médecine, maladie et société*. Paris : Mouton, 318 p.

- Heyd, David. 1995. « The Medicalization of Health: Plato's Warning ». *Revue internationale de Philosophie*, vol. 3, no 193, p. 375-393.
- Institut canadien d'information sur la santé. 2010. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010*. 176 p.,  
<[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHEX\\_Trends\\_Report\\_2010\\_final\\_FR\\_web.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHEX_Trends_Report_2010_final_FR_web.pdf)>.
- Jacquemain, Marc, et Bruno Frère (dir.). 2008. *Épistémologie de la sociologie. Paradigmes pour le XXI<sup>e</sup> siècle*. Bruxelles : Éditions de Boeck, 224 p.
- Judt, Tony. 2007. *Après guerre : une histoire de l'Europe depuis 1945*. Paris : Armand Colin, 1023 p.
- Lafarge, Chantal. 1977. *Une approche de la fonction sociale de la médicalisation*. Mémoire de maîtrise, Paris, Université de Paris I (Panthéon – Sorbonne), 56 p.
- Lagrange, Rose-Marie. 2002. « Une émancipation sous tutelle. Éducation et travail des femmes au XX<sup>e</sup> siècle ». In *Histoire des femmes en Occident*, sous la dir. de Georges Duby et Michelle Perrot, 5<sup>e</sup> tome, p. 581-626. Paris : Plon, Perrin.
- Lallement, Michel. 1993. *Histoire des idées sociologiques*. 2 t. Paris : Nathan.
- Lambert, Denis-Clair. 2000. *Les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*. Coll. « Économie humaine ». Paris : Éditions du Seuil, 521 p.
- Le Breton, David. 1999. *L'adieu au corps*. Paris : Métailié, 278 p.
- Leclabart, Catherine. 1976. *Sur quelques aspects de la médicalisation de la société*. Mémoire de maîtrise, Paris, Université de Paris I (Panthéon – Sorbonne), 69 p.
- Lefaucheur, Nadine. 2002. « Maternité, famille, État ». In *Histoire des femmes en Occident*, sous la dir. de Georges Duby et Michelle Perrot, 5<sup>e</sup> tome, p. 555-580. Paris : Plon, Perrin.
- Le Moigne, Jean-Louis. 2007. *Les épistémologies constructivistes*. Coll. « Que sais-je ? ». Paris : Presses universitaires de France, 127 p.
- Light, Donald W. 2005. « Countervailing Powers: The Changing Character of the Medical Profession in the United States ». In *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*, sous la dir. de Peter Conrad, VII<sup>e</sup> éd., p. 215-224. New York : Worth Publishers.
- Livet, Pierre. 2001. « Action et cognition en sciences sociales ». In *Épistémologie des sciences sociales*, sous la dir. de Jean-Michel Berthelot, p. 265-316. Paris : Presses universitaires de France.
- Locas, Jacques. 1986. *Promotion de la santé et medicalization au Québec*. Mémoire de maîtrise, Sainte-Foy, Université Laval, 178 p.
- Lock, Margaret. 2000. « Accounting for Disease and Distress: Morals of the Normal and Abnormal ». In *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, sous la dir. de Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick et Susan C. Scrimshaw, p. 259-276. London; Thousand Oaks, California : Sage.
- Loseke, Donileen. 2003. *Thinking About Social Problems: an Introduction to Constructionist Perspectives*. 2<sup>e</sup> éd., New York : Aldine de Gruyter, p. 224.

- Lupton, Deborah. 1997. « Doctors on the Medical Profession ». *Sociology of Health and Illness*, vol. 19, no 4, p. 480-497.
- Lupton, Deborah. 2000. « The Social Construction of Medicine and the Body ». In *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, sous la dir. de Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick et Susan C. Scrimshaw, p. 50-63. London; Thousand Oaks, California : Sage.
- Martuccelli, Danilo. 1999. *Sociologies de la modernité. Itinéraire du XX<sup>e</sup> siècle*. Paris : Gallimard, 709 p.
- Martuccelli, Danilo. 2002. *Grammaires de l'individu*. Paris : Gallimard, 712 p.
- Martuccelli, Danilo. 2005. *La consistance du social : une sociologie pour la modernité*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 303 p.
- Martuccelli, Danilo. 2006. *Vers une sociologie de l'intermonde, ou comment oublier le problème de l'ordre social*. Università degli studi di Milano, texte publié le 15 mars, 32 p.,  
<[http://www.sociol.unimi.it/papers/2006-03-15\\_Danilo%20Martuccelli.pdf](http://www.sociol.unimi.it/papers/2006-03-15_Danilo%20Martuccelli.pdf)>.
- Martuccelli, Danilo, et François de Singly. 2009. *Les sociologies de l'individu*. Coll. « Sociologies contemporaines », Paris : Armand Colin, 125 p.
- Matalon, Benjamin. 1996. *La construction de la science : de l'épistémologie à la sociologie de la connaissance scientifique*. Lausanne : Delachaux et Niestlé, 230 p.
- McIntire, Walter. 1894. « The Importance of the Study of Medical Sociology ». *Bulletin of American Academy of Medicine*, no 1, p. 425-434.
- McKinlay, John B., et Lisa D. Marceau. 2005. « The End of the Golden Age of Doctoring ». In *Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*, sous la dir. de Peter Conrad, VII<sup>e</sup> éd., p. 189-215. New York : Worth Publishers.
- Mechanic, David. 2000. « Changing Medical Organization and the Erosion of Trust ». In *Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*, sous la dir. de Peter Conrad, VII<sup>e</sup> éd., p. 224-230. New York : Worth Publishers.
- Merrien, François-Xavier. 2007. *L'État-providence*. Coll. « Que sais-je ? », no 3249, 3<sup>e</sup> éd. Paris : Presses universitaires de France, 127 p.
- Miah, Andy, et Emma Rich. 2008. *The Medicalization of Cyberspace*. London; New York : Routledge, 160 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2002. *Mieux comprendre la loi sur la santé publique. Une synthèse des principales questions soulevées lors de sa présentation, de janvier à juin 2002*, 60 p.,  
<<http://politiquespubliques.inspq.qc.ca/fichier.php/524/Mieuxcomprendrelaloisurlasantepublique.pdf>>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). 2010. *État de santé de la population. Quelques repères (2010)*. Québec : Direction des communications, 34 p.



- Moss, Pamela, et Katherine Techtsoonian (dir.). 2008. *Contesting Illness. Process and Practices*. Toronto : Toronto University Press, 347 p.
- Mouloud, Noël. 1976. *L'analyse et le sens. Essai sur les préalables sémantiques de la logique et de l'épistémologie*. Paris : Payot, 335 p.
- Mucchielli, Roger. 2005. *L'analyse de contenu. Des documents et des communications*. Issy-les-Moulineaux : ESF, 223 p.
- Nader, Mélissa. 2007. *Les enjeux de la suppression hormonale des menstruations : une analyse des discours de professionnels de la santé*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, Montréal, 135 p.
- Neveu, Erik. 2005. *Sociologie des mouvements sociaux*. 4<sup>e</sup> éd. Paris : Découverte, 126 p.
- Nonnis, Serenella. 2005. « Le curé dans la ville, novateur malgré lui, Italie, XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles ». In *Les nouvelles pratiques de santé : acteurs, objets, logiques sociales (XXIII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles)*, sous la dir. de Patrice Bourdelais et Olivier Faure, p. 243-266. Paris : Belin.
- Ogien, Ruwen. 2001. « Philosophie dans les sciences sociales ». In *Épistémologie des sciences sociales*, sous la dir. de Jean-Michel Berthelot, p. 521-576. Paris : Presses universitaires de France.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 2008. *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve : Academia-Bruylant, 365 p.
- Omran, Abdel R. 2005. « The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change ». *The Milbank Quarterly*, vol. 83, no 4, p. 731-757.
- Organisation mondiale de la santé. 1946. *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé*, New York, 19 juin-22 juillet 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, no 2, p. 100).
- Organisation mondiale de la santé (OMS). 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). 2000. *Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant*. Genève : OMS, 248 p.
- Otero, Marcelo. 2003. *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*. Québec : Presses de l'Université Laval, 322 p.
- Otero, Marcelo. 2006a. « La sociologie de Michel Foucault : une critique de la raison impure ». *Sociologie et sociétés*, vol. 38, no 2 (automne), p. 49-72.
- Otero, Marcelo. 2006b. « Présentation : Michel Foucault : classique inclassable ». *Sociologie et sociétés*, vol. 38, no 2 (automne), p. 9-16.
- Pailé, Pierre, et Alex Mucchielli. 2008. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2<sup>e</sup> éd. Paris : Armand Colin, 315 p.

- Passeron, Jean-Claude. 1991. *Le raisonnement sociologique. L'espace non-poppérien du raisonnement naturel*. Paris : F. Nathan, 408 p.
- Pawluch, Dorothy, et AbouAli Vedadhir. 2008. *The Sociology of Medicalization: Getting Back to Basics*. Conférence prononcée dans le cadre du colloque *Jeter des ponts pour la santé*, de l'Association internationale de sociologie, comité de recherche sur la sociologie de la santé, et de l'Association canadienne pour la sociologie de la santé, Université McGill, Montréal, 13-16 mai.
- Pescosolido, Bernice A. 2006. « Professionnal Dominance and the Limits of Erosion ». *Society*, vol. 43, no 6, p. 21-29.
- Piaser, Antonio. 1994. *Épistémologie de la méthode : voir et faire la sociologie autrement*. Paris : J. Vrin, Lyon : Institut interdisciplinaire d'études épistémologiques, 316 p.
- Picheral, Henri. 1989. « Géographie de la transition épidémiologique ». *Annales de géographie*, XCVIII<sup>e</sup> année, no 546, p. 129-151.
- Pinell, Patrice. 1998. « Médicalisation et procès de civilisation ». In *L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas*, sous la dir. de Pierre Aïach et Daniel Delanoë, p. 37-51. Paris : Anthropos.
- Piret, Anne, Jean Nizet et Étienne Bourgeois. 1996. *L'analyse structurale : une méthode d'analyse de contenu pour les sciences humaines*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 173 p.
- Renaud, Marc. 1985. « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé : Trente ans de recherche sur le malade et la maladie ». In *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*, sous la dir. de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, p. 281-291. Québec : Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les Presses universitaires de Lyon.
- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. 1999. *Cadre de référence : La santé des femmes au Québec*. 24 p.,  
<<http://www.reseautablesfemmes.qc.ca/publications/sante/CADRE%20DE%20ReFeRENCE%20RQSF.pdf>>.
- Revel, Jacques. 2001. « Les sciences historiques ». In *Épistémologie des sciences sociales*, sous la dir. de Jean-Michel Berthelot, Paris : Presses universitaires de France, p. 21-76.
- Roberts, Lance W., Rodney A. Clifton, Barry Ferguson, Karen Kampen et Simon Langlois (dir.). 2005. *Recent Social Trends in Canada. 1960-2000*. Montréal : McGill-Queen's University Press, 679 p.
- Rogel, Thierry. 2003. *Le changement social contemporain*. Coll. « Thèmes & débats. Sociologie ». Rosny : Bréal, 128 p.
- Saillant, Francine. 1985. « Le mouvement pour la santé des femmes ». In *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*, sous la dir. de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, p. 743-762. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Sandier Simone, Valérie Paris et Dominique Polton. 2004. *Systèmes de santé en transition*. France, Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de la part de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 166 p.,  
<[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0015/80700/E84609.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/80700/E84609.pdf)>.

- Schneiderman, Lawrence J. 2003. « The (Alternative) Medicalization of Life ». *Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 31, p. 191-197.
- Sfez, Lucien. 1995. *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*. Coll. « Histoire immédiate ». Paris : Éditions du Seuil, 398 p.
- Sloterdijk, Peter. 2000. *Règles pour le parc humain. Une lettre en réponse à la Lettre sur l'humanisme de Heidegger*. Paris : Éditions Mille et une nuits, 62 p.
- Smith, Richard. 2002. « In Search of "Non-Disease" ». *BMJ*, vol. 324, p. 883-885.
- Spiker, Paul. 2000. *The Welfare State a General Theory*. London : Sage, 193 p.
- Statistique Canada. 2008. « Technologie de l'information et des communications ». *Annuaire du Canada 2008*. Ottawa : Statistique Canada, p. 359-368.
- St-Onge, Jean-Claude. 2004. *L'envers de la pilule : les dessous de l'industrie pharmaceutique*. Montréal : Éditions Écosociété, 228 p.
- St-Onge, Jean-Claude. 2006. *Les dérives de l'industrie de la santé : petit abécédaire*. Montréal : Éditions Écosociété, 238 p.
- Taguieff, Pierre-André. 2004. *Le sens du progrès : une approche historique et philosophique*. Paris : Flammarion, 437 p.
- Tremblay, Marc-Adéland. 1968. *Initiation à la recherche dans les sciences humaines*. Montréal : McGraw-Hill, 425 p.
- Tremblay, Marc-Adéland. 1983. « L'anthropologie de la santé : une réponse aux innovations dans le système médical québécois ». *Santé Culture / Health. Bulletin d'information en anthropologie médicale et en psychiatrie transculturelle*, vol. 1, no 2, p. 14-21, <[http://classiques.uqac.ca/contemporains/tremblay\\_marc\\_adelard/anthropologie\\_de\\_la\\_sante/anthro\\_sante.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/tremblay_marc_adelard/anthropologie_de_la_sante/anthro_sante.html)>.
- Turner, Jonathan. 1997. *The Institutional Order*. New York : Longman, 306 p.
- Turner, Bryan S. 2000. « The History of the Changing Concept of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories ». In *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, sous la dir. de Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick et Susan C. Scrimshaw, p. 9-23. London; Thousand Oaks, California : Sage.
- Valat, Bruno. 2001. *Histoire de la sécurité sociale (1945-1967). L'État, l'institution et la santé*. Paris : Economica, 544 p.
- Waitzkin, Howard. 1986. « Micropolitics of Medicine: Theoretical Issues ». *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 17, no 5, p. 134-136.
- Waitzkin, Howard. 1989. « A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Contexte in Medical Encounters ». *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, no 2, p. 220-239.

- Weiss, Gregory L., et Lynne E. Lonnquist. 1994. *The Sociology of Health, Healing, and Illness*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, 390 p.
- Williams, Simon J. 2004. « Beyond Medicalization-Healthicization? A Rejoinder to Hislop and Arber ». *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, no 4, p. 453-459.
- Williams, Simon J., Jonathan Gabe et Peter Davis. 2008. « The Sociology of Pharmaceuticals: Progress and Prospects ». *Sociology of Health and Illness*, vol. 30, no 6, p. 813-824.
- Wolinsky, Frederic D. 1988. *The Sociology of Health: Principles, Practitioners, and Issues*. Belmont, Californie : Wadsworth, 384 p.
- Yadavendu, Vijay Kumar. 2001. « Social Construction of Health: Changing Paradigms ». *Economics and Political Weekly*, vol. 36, no 29 (21-27 juillet), p. 2784-2795.